

Amanda Olsen Bråten (10036)  
Sunniva Huset (10144)

# Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem?

7587 ord  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Marit Helene Sund Storlien  
Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Amanda Olsen Bråten (10036)  
Sunniva Huset (10144)

# **Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem?**

7587 ord  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Marit Helene Sund Storlien  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerter hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem?
Deltakere:	Amanda Olsen Bråten Sunniva Huset
Veiledere:	Marit Helene Sund Storlien
Søkeord:	Demens, sykehjem, smertehåndtering, måle smerte og sykepleie
Antall sider/ ord:	33 sider 7587 ord
Antall vedlegg:	1
Sammenfattet beskrivelse av bacheloroppgaven	<p><b>Bakgrunn:</b> Grunnet økt levealder vil det bli flere eldre i befolkningen, og antall personer med demens vil dobles innen 2050. Denne pasientgruppen kan ofte miste evnen til å uttrykke seg verbalt, og mange lever med uoppdaget smerte. Derfor er det viktig at sykepleiere har høy kompetanse når det gjelder å oppdage og vurdere smerte.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med litteraturstudien er hvordan sykepleiere kan oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig demens. Dette gjennom å se på sykepleiernes kunnskap og erfaringer rundt kartlegging av smerte, samt hva de legger til grunn når de kartlegger smerte.</p> <p><b>Metode:</b> Studien er en litteraturstudie hvor artiklene og litteraturen som er benyttet er hentet fra kilder som allerede eksisterer. Studien består av kvalitative og kvantitative artikler. Studiet inkluderer syv vitenskapelige artikler fra to ulike databaser, Cinahl og Pubmed.</p> <p><b>Resultat:</b> Studien tar for seg tre hovedområder som er knyttet til problemstillingen og som sammenfatter resultatet fra de vitenskapelige artiklene. 1. Sykepleierens kompetanse 2. Smertekartlegging og 3. Relasjonsbygging.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Det er flere punkter som spiller en viktig rolle når det gjelder å oppdage og vurdere smerte hos denne pasientgruppen. En kombinasjon av kompetanse om sykdommen og smertekartlegging, bruk av ulike kartleggingsverktøy og evnen til relasjonsbygging. Det er behov for forbedring i å oppdage og vurdere smerte, da det enda er utfordringer. Studien støtter videre forskning på området.</p>

## Abstract

Title:	How can nurses detect and assess pain in patients with moderate to severe degree of dementia in nursing homes?
Participants:	Amanda Olsen Bråten Sunniva Huset
Supervisor:	Marit Helene Sund Storlien
Search terms:	Dementia, Nursing home, Pain management, Pain assessment, nursing care
Number of pages/ words:	33 pages 7587 words
Number of attachments:	1
Summarized description of the bachelor thesis:	<p><b>Background:</b> Due to increased life expectancy, there will be more elderly people in the population, and the number of patients with dementia will double by 2050. This patient group often lose the ability to express themselves verbally, and there are many who live with undiscovered pain. It is therefore important that nurses have high competence when it comes too detecting and assessing pain.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of the literature review is to find out how nurses can detect and assess pain in patients with moderate to severe dementia. This is done by looking at nurse’s knowledge and experience of mapping pain, and what they use as a basis when mapping.</p> <p><b>Method:</b> The study is a literature study where the articles and literature used are taken from sources that already exist. The study consists of qualitative and quantitative articles. The study includes seven scientific articles from two different databases, Cinahl and Pubmed.</p> <p><b>Results:</b> The study deals with three main areas which are linked to the problem in this study, and which summarize the results from the scientific articles. 1. The nurse’s competence 2. Pain mapping and 3. Relationship-building</p> <p><b>Conclusion:</b> There are several points that play an important role when it comes to detecting and assessing pain in this patient group. A combination of expertise about the disease and pain mapping, use of mapping tools and the ability to build a relationship. There is a need for improvement in detecting and assessing pain, as there are still challenges. The study supports further research.</p>

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Sykepleierfaglig relevans.....	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1 Demens.....	7
2.2 Smerter.....	8
2.3 Kartlegging av smerte ved demens.....	9
2.4 Tom Kitwood personsentrert omsorg.....	10
2.5 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Søkestrategi.....	11
3.2 Søkematrise.....	12
3.3 Utvalgsprosessen.....	14
3.4 Kritisk vurdering og etisk etterretning.....	15
<b>4.0 Resultat og funn</b> .....	<b>16</b>
4.1 Litteraturmatrise.....	16
4.2 Sammenfatning av artiklene.....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 Sykepleierens kompetanse.....	23
5.2 Smertekartlegging.....	25
5.3 Relasjonsbygging.....	26
5.5 Styrker og svakheter.....	28
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>29</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>33</b>

## **Tabelliste**

Tabell 1 Pico-skjema .....	11
Tabell 2 Søkematrise .....	12
Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
Tabell 4 Litteraturmatrise for artikkel nr. 1 .....	16
Tabell 5 Litteraturmatrise for artikkel nr. 2 .....	17
Tabell 6 Litteraturmatrise for artikkel nr. 3 .....	17
Tabell 7 Litteraturmatrise for artikkel nr. 4 .....	18
Tabell 8 Litteraturmatrise for artikkel nr. 5 .....	19
Tabell 9 Litteraturmatrise for artikkel nr. 6 .....	20
Tabell 10 Litteraturmatrise for artikkel nr. 7 .....	20

## **Figurliste**

Figur 1 Søkestrategi vist i flytskjema .....	13
--	----



## 1.0 Innledning

I verden i dag finnes det rundt 50 millioner mennesker med sykdommen demens. I Norge har rundt 101 000 mennesker sykdommen. Det er forventet at antall mennesker med demens vil bli det dobbelte innen 2050 (Strand, Vollrath, et al., 2014). Dette som følge av den økte levealderen og at det blir flere eldre i verden. Risikoen for å få demens vil gå ned ettersom årene går og som følge av nyere forskning. Allikevel vil det bli flere med demens, som følge av eldrebølgen med økt levealder og redusert dødelighet (Strand, Syse, et al., 2014).

Demens er en samlebetegnelse på ulike sykdommer og skader i hjernen med ulik årsak og bakgrunn. Felles for disse er at de påvirker hukommelsen, oppmerksomheten, orienteringsevnen, handlingsevnen, sanseintrykk, atferd og dagligdagse oppgaver (Skovdahl, 2020, s.419).

Pasienter med demens kan ha vanskeligheter med språk, språkforståelse og språkproduksjon. De får problemer med å uttrykke det de tenker, og ordene gir ikke alltid mening for andre, men gir mening for dem selv (Eide & Eide, 2017, s. 320). Dette gjør at de ofte har vanskeligheter med å uttrykke smerte verbalt og kan gjøre det mer utfordrende å kommunisere med denne pasientgruppen. Dette setter større krav til oss sykepleierne når det gjelder å tolke smertene pasienten prøver å formidle. Smerter hos pasienter med alvorlig demens er undervurdert og underbehandlet på norske sykehjem. Forskning viser at omtrent 20 % av pasientene med alvorlig demens har smerter. Pasientene med alvorlig demens har ofte smerter, på grunn av menneskene rundt pasienten ofte ikke klarer å oppdage eller tolke at pasienten har smerter (Skovdahl, 2020, s. 436).

Demens er den viktigste årsaken til behov for sykehjemsplass, og om lag 80 % av de som bor på sykehjem i Norge har diagnosen demens (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 272). Av alle menneskene med demens i Norge er det rundt en tredjedel av de som bor på norske sykehjem og rundt to tredjedeler hjemme (Strand, Vollrath, et al., 2014). Med flere eldre og flere mennesker med demens vil dette føre til økt belastning på helsevesenet og helse- og omsorgstjenestene. Dette vil øke behovet for mer kompetanse og kunnskap hos sykepleiere og andre profesjoner. I tillegg belastningen med tanke på kapasitet, utforming av bygg, økonomi, samarbeidet med pårørende, frivillige, innad i tjenestene og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022).

## 1.1 Sykepleierfaglig relevans

Sykepleiere vil møte pasienter med demens i nesten alle deler av helsevesenet, studien vektlegger pasienter med demens som har smerter i sykehjem. En sykepleier har ulike ansvars- og funksjonsområder, de er alle komplekse, men de er alle viktige og ofte utføres flere av de samtidig. En av funksjonen er å lindre lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Å oppdage smerte ligger under sykepleierens funksjon, da oppdagelse av smerte er nødvendig for å lindre lidelse. For å ivareta pasientens grunnleggende behov for velvære og målet om å lindre lidelse, må sykepleieren gjennomføre en datainnsamling, gjennom å observere og kartlegge for så å iverksette tiltak (Danielsen et al., 2016, s. 382). Verdien til en sykepleier handler om å gi omsorg, vise empati, barmhjertighet og respekt. Det å oppdage smerte hos pasienter med demens handler om å vise omsorg og forståelse for smertene pasienten har. Pasienter med demens har vanskeligheter med å formidle smerter, da de kan ha redusert evne til å kommunisere verbalt. Dette stiller igjen krav til oss som sykepleiere om kompetanse innenfor området, og å kunne kommunisere på andre måter gjennom kroppsspråk og relasjonsbygging (Eide & Eide, 2017, s.321). En sykepleier skal yte helhetlig og omsorgsfull hjelp, samt lindre lidelse og det innebærer å se hele mennesket med egne ønsker og behov, samt forebygge sykdom og fremme helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

I denne oppgaven er det valgt å se på temaet smerter ved demens, noe som syntes å være et utfordrende tema. Vi jobber, og har jobbet på demensavdeling, og i ulike praksiser møtt pasienter med demens. Noe av det som har vært det mest utfordrende med pasienter som har demens, er å kartlegge smerte, og om pasienten har smerter og i hvilken grad. Mange pasienter med demens har endret atferd, er urolige og noen blir utagerende. Det er opplevd i praksis at denne pasientgruppen får beroligende som det første tiltaket på endret atferd, og hvor årsaken til endret atferd ikke blir kartlagt. Endret atferd og urolighet kan også være tegn på smerter. Vi ønsker derfor å få økt kunnskap og kompetanse i hvordan oppdage og vurdere smerte hos denne pasientgruppen for å best mulig kunne lindre lidelse og gi omsorgsfull hjelp. Dette er også et tema som er, og vil bli mer relevant etter som det blir flere mennesker med demens i fremtiden. Det stiller også større krav til oss som kommende sykepleiere.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Demens

Ifølge Helsedirektoratet (2022) er demens ikke kun en sykdom, det er et fellesbegrep om ulike sykdommer som har oppstått på grunn av andre sykdommer eller skade i hjernen. Demens deles inn i tre ulike hovedgrupper. Primærdegenerative sykdommer er sykdommer hvor hjernecellene vil gradvis bli ødelagt og dør. De ulike degenerative sykdommene er Alzheimers sykdom, frontotemporal demens og demens med lewylegeme. Vaskulær demens er den andre typen demens, som kommer av små og store infarkter i hjernen og/eller av sykdommer i arterioler i hjernen. Sekundære demenssykdommer er den tredje gruppen, som kan komme av tilstander og skader i hjernen, som ved stort alkoholforbruk, rusmisbruk, hjernesker og mangel på vitamin B12 (Skovdahl, 2020, s.419-421).

Demens deles inn i ulike grader etter som hvor langt man er i sykdomsutviklingen. Mild grad av demens er den fasen hvor det begynner å oppstå problemer i hverdagen. Det kan være hvor man glemmer avtaler og man kan begynne å få problem med språket. Moderat grad av demens er den fasen når sykdommen blir mer framtreddende og det kan bli vanskeligheter med å utføre dagligdagse oppgaver, og kommunikasjonen blir ofte dårligere. Alvorlig grad av demens er den fasen hvor hukommelsen er betydelig redusert, og man kan ha problemer med å huske personer i familien. Denne pasientgruppen har vanskelighet med å forstå hva andre sier og har et svært begrenset ordforråd, de trenger ofte hjelp store deler av døgnet (Skovdahl, 2020, s.422).

Symptomer på demens kan være varierende, men de mest framtreddende og vanligste symptomene skal nevnes. Mye av de samme symptomene er også det som er betingelsene som må være oppfylt for å ha en demenssykdom. De vanligste symptomene er redusert hukommelse, og med redusert hukommelse kommer også redusert evne til å tolke inntrykk. Svekket oppmerksomhet er et symptom som gjør det vanskelig å kunne holde en samtale. Vanskeligheter med å orientere seg for tid og sted. Vanskelig med å utføre handlinger som å vaske seg, pusse tennene og utføre dette i riktig rekkefølge. Samt vanskeligheter med å forstå det de sanser, agnosi. Sistnevnte symptom som ofte er framtreddende, er nevropsykiatriske symptomer som for eksempel agitasjon, apati og angst (Skovdahl, 2020, s.422-423).

Pasienter med demens har ofte problemer med språket, kalt afasi. Afasi kommer av at de to områdene i hjernen som tolker språk og/eller som setter sammen ord og tanker, er skadet. Afasi deles inn i motorisk afasi, hvor man har problemer med å uttrykke det man skal si, men forstår språket andre forteller. Sensorisk afasi er hvor man mangler evnen til å forstå språket, og hvor ord og setninger som pasienter forteller ikke gir mening for andre, men for pasienten selv. Hvis en mangler både å forstå språket og å produsere språk kalles dette global afasi.

Ifølge Eide & Eide (2017) krever det kunnskap, å kunne sette seg inn i andres situasjon og å lære seg nye måter å kommunisere på, når man skal kommunisere med pasienter som har problemer med språket. Hvis man ikke kan kommunisere med pasienter gjennom det verbale språket, må man ta i bruk nonverbalkommunikasjon, dette innebærer blant annet bevegelse, ansiktsuttrykk, blick, stemmebruk og berøring. Å kommunisere med pasienter som har demens og samtidig er rammet av afasi krever at man skaper en relasjon. Dette for å lære å kjenne pasienten og hans måte å

kommunisere på, samtidig vite hvordan man som sykepleier skal kommunisere med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 320-321). Når man ikke lenger er i stand til å beskrive sine egne følelser og behov, er det viktig å forstå det kroppslige og følelsesmessige uttrykket pasienten med demens forsøker å formidle. Pasientens måte å uttrykke kommunikasjon ved det nonverbale språket på observeres av sykepleiere og vurderes ut ifra ens kunnskap og kompetanse om kommunikasjon (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 180-181).

## 2.2 Smerter

Smerte er «en ubehagelig sensorisk opplevelse som følge av faktisk eller mulig vevsødeleggelse» (Danielsen et al., 2016, s. 383). Smerte er subjektivt, som vil si at smerte for en kan oppleves annerledes for en annen. Opplevelsen av smerte er ikke kun som følge av den somatiske årsaken, men også sammenhengende med forskjellige faktorer som psykisk tilstand, åndelige og kulturelle situasjonen. Dette er viktig som sykepleier å være bevisst på, at alle opplever smerte forskjellige fra andre og en selv. Derfor må en ta hensyn til pasientens situasjon og kultur, å legge dette til grunn når man tolker smerte hos pasienter, og være klar over sine egne holdninger og opplevelser for å kunne skille de fra pasienten sine (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

Smerte deles inn i akutt og kronisk smerte. Akutt smerte er noe som kommer brått og som ikke varer over lang tid. Akutt smerte kan komme av vevskade som når man skader seg, ved akutt sykdom eller kirurgi. Symptomer på akutt smerte kan ofte være rask puls, økt blodtrykk, rask respirasjon, kvalme og økt temperatur, men disse symptomene kan være redusert hos eldre. Kronisk smerte er smerte som vedvarer over tid, ofte snakker man om at smerte er kronisk når den fortsatt er til stede etter tre måneder. Kronisk smerte kan komme av skade eller sykdom (Torvik & Sandvik, 2020, s.399). Sykdommer som depresjon, diabetes og hjerteinfarkt er sykdommer som kan gi langvarig smerte. Smerte kommer ofte kommer fra store ledd som hofter, og risikoen for hoftebrudd hos eldre er stor og risiko for smerte øker etter et hoftebrudd, mange eldre har sykdommen osteoporose som igjen øker sjansen for brudd og smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s. 39).

## 2.3 Kartlegging av smerte ved demens

Studier viser at 43-60 % av pasienter med moderat til alvorlig grad av demens opplever smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s.398). For å behandle smerte, gi god smertelindring, kreves god smertekartlegging. Når man kartlegger smerte ønsker man å finne ut av årsaken til smerten og generelt om hvor pasienten har smerte, intensiteten på smertene, når og hvor lenge pasienten har smerter (Danielsen et al., 2016, s. 388).

Når trinnene i sykepleieprosessen følges, er det å observere avgjørende for om man klarer å oppdage og vurdere pasientens problem. Derfor er en sykepleiers observasjonsevne viktig i å oppdage, vurdere og kartlegge smerter (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 180-181).

Sandvik og Torvik (2020) forteller at pasienter med demens er utsatt for manglende smertehåndtering og at smertevurdering hos pasienter med demens er utfordrende. Å kartlegge smerte hos pasienten med moderat til alvorlig demens krever derfor kunnskap og kompetanse om demens og smerter. Dette krever at man som sykepleier må observere smerte hos denne pasientgruppen gjennom kroppsspråk og ved hjelp av kartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2020, s.405).

Ifølge Helsedirektoratet (2022) bør pasienter med demens som viser tegn til avvikende atferd og psykologiske symptomer eller tegn til ubehag utredes for smerte. Hos pasienter med demens som ikke klarer å uttrykke smerte verbalt kan man se etter fysiologiske og atferdsmessige tegn. Fysiologiske tegn kan være rask puls, rask respirasjon, svetting og utvidede pupiller. Atferdsmessige tegn kan være gråt, frustrasjon, at en ynker seg, tar på et sted flere ganger, spenner musklene, lager grimaser og får rynke i pannen (Danielsen et al., 2016, s. 389). Smerteindikatorer hos pasienter med demens kan være ulike ansiktsuttrykk, verbalisering, forandring i samhandlingen, forandringer i rutiner og forandringer i mental status (Torvik & Sandvik, 2020, s.406).

Kartlegging av smerte hos pasienter med moderat til alvorlig demens krever ofte bruk av kartleggingsverktøy som Doloplus-2 og MOBID-2. For å få til en god kartlegging av pasientens smerter er det viktig at den som skal kartlegge pasientens smerter kjenner til pasienten og observasjonsbaserte kartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). En norsk studie kom fram til at sykepleierne var usikre på om pasienter hadde smerte og det var lettere å avdekke smerte hos pasienter ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Det er likevel viktig å tenke på at man må ikke kun stole blindt på kartleggingsverktøy da alle pasienter er forskjellige (Torvik & Sandvik, 2020, s.406).

Ansiktskala er et smertekartleggingsverktøy som kan brukes hos pasienter som ikke klarer å uttrykke seg verbalt. Det er en ansiktskala som viser økende grad av smerte ved ulike ansiktsuttrykk (Danielsen et al., 2016, s. 391).

Vedlagt ligger MOBID-2 smertekartleggingsverktøy.

## 2.4 Tom Kitwood personsentrert omsorg

Tom Kitwood var en engelsk sosialpsykolog som innførte personsentrert demensomsorg, en omsorgsfilosofi. Han skrev om når et menneske ble rammet av demens, hvordan folk stoppet å se på mennesket og bare så hvordan mennesket var med demenssykdommen og symptomene. Tanken var at hver enkelt menneskets verdighet og tanken om at hvert enkelt menneske med demens måtte ses på som en unik person. Hver enkelt sine følelser og erfaringer måtte legges større vekt på, enn det ble gjort tidligere. Han ønsket å legge vekt på at en person ikke er blitt sykdommen sin. Det var viktig for Kitwood å få vekk den negative holdningen til pasienter med demens. Han la vekt på at hvert mennesker trenger å bli sett, hørt og oppleve en tilhørighet (Røsvik et al., 2016). Personsentrert demensomsorg innebærer å se på mennesker med demens som et verdig menneske som skal respekteres og møtes på lik linje med alle andre mennesker. Omsorgen som gis til pasienter med demens skal være individuelt og tilpasses behovene etter som sykdommen utvikler seg. For at sykepleier skal kunne gi personsentrert omsorg er det nødvendig å forstå hva mennesker med demens går igjennom og deres opplevelser. Til slutt må en person med demens oppleve et sosialt miljø som støtter de og beskytter de mot negative holdninger (Rokstad, 2014, s. 28).

## 2.5 Oppgavens hensikt og problemstilling

Pasienter med moderat til alvorlig demens er en pasientgruppe som det kan være utfordrende å kommunisere med, som følge av ulike grader av afasi. Dette stiller store krav til sykepleier når det gjelder å kartlegge smerte hos denne pasientgruppen. Hensikten med litteraturstudien er å finne ut av hvordan sykepleier kan oppdage og vurdere smerte hos denne pasientgruppen. Det er kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem.»

Det er valgt å ta utgangspunkt i moderat til alvorlig demens for å legge vekt på kartlegging av smerter hos pasienter som ikke klarer å uttrykke smerte gjennom verbal kommunikasjon. Det er valgt å ta utgangspunkt i pasienter på sykehjem, for å avgrense oppgaven med tanke på begrensning av ord og med tanke på at man på sykehjem ser pasienten over tid. Smerte er ikke begrenset til akutt eller kronisk i forhold til problemstillingen, men forskjellen nevnes i teorikapitlet. Det er valgt å utelukke å skrive om smertelindring, og kun sette søkelys på kartlegging av smerte, dette på grunn av begrensning av ord. Men flere artikler nevner dette med smertelindring, da dette henger sterkt sammen med smertevurdering.

### 3.0 Metode

«Metode er en fremgangsmåte og et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2020, s. 53). Metode er derfor en framgangsmåte som hjelper oss til å samle inn informasjon, som en trenger til litteraturstudien. Det er to metoderetninger som brukes i denne oppgaven for å besvare problemstillingen. Kvantitativ metode som innebærer at informasjonen og dataene man samler inn, er målbare og representerer det som er felles. En kvalitativ metode ønsker å hente inn informasjon i form av meninger, erfaringer og opplevelser, og få frem det som er spesielt (Aveyard, 2019, s. 39, 61).

Opgaven bygger på en litteraturstudie, der informasjon og data som er brukt er hentet fra kilder som allerede eksisterer som teori, forskning og fagkunnskap. Dette innebærer at man gjennom en systematisk tilnærming søker etter informasjon, kritisk vurderer og finner sammenligninger. Dette fører til ny innsikt og kunnskap, og svarer på problemstillingen som er valgt (Aveyard, 2019, s. 2).

### 3.1 Søkestrategi

Prosesen startet med å finne relevante artikler til temaet som ble valgt, gjennom å finne emneord. Emneord er ord som beskriver innholdet i bøker og artikler og som er standardiserte (Helsebiblioteket, 2020). Da flere databaser bruker slike emneord. For å finne passende emneord på engelsk ble det søkt i MeSH som står for medical subject heading. Dette er et system for emneord som skal gjøre det lettere å søke strukturert i databasene. Systemet inneholder medisinske og andre helsefagrelevante begreper som gjør det lettere å finne emneord og lignende (Helsebiblioteket, 2020a).

Når ordene var på plass ble de satt i et PICO-skjema som strukturerte søket for å finne relevant forskning.

Tabell 1 Pico-skjema

P-Pasient	I-intervensjon	C-comparison	O-outcome
Dementia Nurses Nursing care Nursing home	Pain Nonverbal Communications		Pain assessment Pain measurement Pain management

Databasene som er benyttet for å søke etter relevant forskning er Pubmed og Cinahl. Dette er databaser som inneholder medisinsk og sykepleierfaglig litteratur, derfor er disse benyttet i søk etter vitenskapelige forskningsartikler som passer til vår problemstilling. Når det ble søkt etter artikler ble emneordene benyttet, og strukturert i PICO-skjema for å søke etter artikler som var relevante. Hvordan emneordene ble strukturert, beskrives i tabell 1. Mellom vært av emneordene ble det benyttet «and» dette for å begrense og snevre inn søkeresultatene.

Litteraturstudien består av sju vitenskapelige artikler. Annen litteratur som har blitt benyttet i denne litteraturstudien er; pensum, troverdige nettsider, nasjonale retningslinjer, lovverk og yrkesetiske retningslinjer som er relevante til problemstillingen.

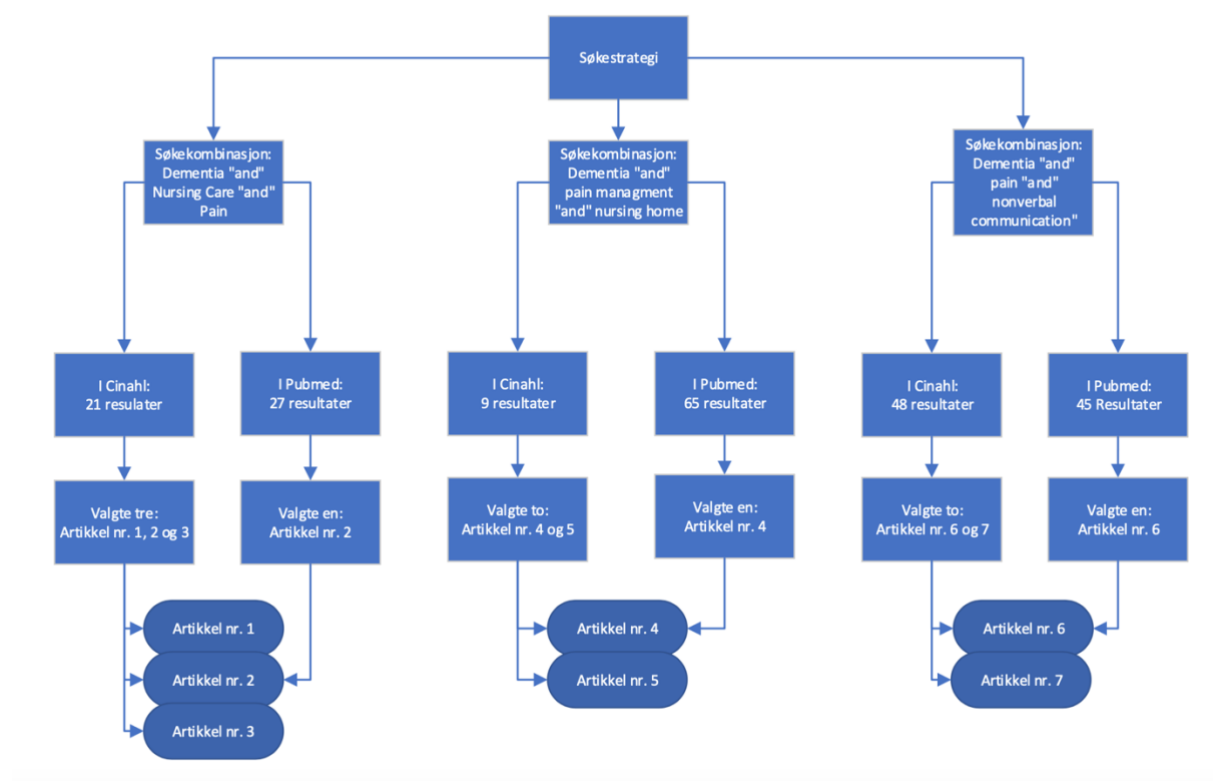
## 3.2 Søkematrise

Tabell 2 Søkematrise

Dato	Artikkel nr	Database	Søkeord og kombinasjon	Antall treff	Valgt artikkel i oppgaven
10. januar 2023	1	Cinahl	1.Dementia 2.Nursing care 3.Pain 1 and 2 and 3	84,387 297,731 234,623 21	Lillekroken et al., (2013). Pain assessment and pain management in patients with dementia: Challenges and dilemmas. <i>Vård i Norden</i> , 33(3), 29–33.
10. januar 2023	2	Cinahl	1.Dementia 2.Nursing care 3.Pain 1 and 2 and 3	84,387 297,731 234,623 21	Husebo 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: Older persons with severe dementia. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(2), 380.
10. januar 2023	3	Cinahl	1.Dementia 2.Nursing care 3.Pain 1 and 2 and 3	84,387 297,731 234,623 21	Burns et al., (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 21(10), 479–487.
11.januar 2023	4	Pubmed	1.Dementia 2.Pain management 3.Nursing home 1 and 2 and 3	172,308 30,847 26,322 65	Monroe et al., (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 29(5), 316–320.
11. januar 2023	5	Cinahl	1.Dementia 2.Pain management 3.Nursing home 1 and 2 and 3	84,387 12,736 30,918 9	Lundin et al., (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: A qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC Nursing</i> , 20(1), 48.
11. april 2023	6	Pubmed	1.Dementia 2. Pain 3.Nonverbal communication 1 and 2 and 3	174, 822 347,618 25,821 45	Lautenbacher et al., (2013). Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. <i>Pain Medicine</i> , 14(4), 469.
11. april 2023	7	Cinahl	1.Dementia 2.Pain 3.Nonverbal communication 1 and 2 and 3	83, 365 232,147 15, 337 48	Lautenbacher et al., (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? <i>Pain Medicine (Malden, Mass.)</i> , 18(11), 2105–2115.



Figur 1 Søkestrategi vist i flytskjema



### 3.3 Utvalgsprosessen

For å finne og velge artikler som er relevante, startet prosessen med å lese overskriftene på artiklene som kom opp, etter søkekombinasjon med emneordene. Om overskriftene var interessante og relevante til problemstillingen, ble sammendragene lest. Var artiklene fortsatt interessante, startet lesingen og videre analyse av artiklene. For å inkludere relevante artikler, og ekskludere artikler som ikke var relevante til oppgaven, ble det satt opp kriterier for artiklene. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er framstilt i tabell 3.

Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Ikke IMRAD- struktur
Artikler fra 2010- nyere	Artikler eldre enn- 2010
Aldersgruppe 65 år og oppover	Aldersgruppe yngre enn 65 år
Moderat til alvorlig grad av demens	Mild kognitiv svikt og mild grad av demens
På sykehjem	Andre enn på sykehjem, med unntak av artikler som inkluderer både sykehjem og sykehus
Land med lignende helsevesen som i Norge	Land med ulikt helsevesen enn i Norge
Ivaretar personvern	Ikke ivaretar personvern
Sykepleierfaglig relevans	Ikke sykepleierfaglig relevans
Fulltekst	Ikke fulltekst

Bakgrunn for inklusjon- og eksklusjonskriterier er at kriteriene er aktuelle for å best mulig kunne finne artikler som er relevante og svarer på problemstillingen. IMRAD-struktur ble sett etter for å gi en indikasjon på om artiklene er vitenskapelige. Artikler fra 2010 og nyere da det de siste årene har kommet nyere forskning på området. Aldersgruppen 65 år og oppover, moderat til alvorlig grad av demens og på sykehjem, er inklusjonskriterier som hjelper med å finne artikler som er relevante til vår problemstilling, da problemstillingen sikter mot pasienter med demens som ikke klarer uttrykke smerte verbalt. Land med lignende helsevesen som i Norge er inkludert, da problemstillingen er rettet mot sykehjem i Norge, og andre land med ulikt helsevesen kan ha annen struktur og kultur. Personvern er viktig da det ønskes at deltakere i artiklene skal ha gitt samtykke til deltakelse. Artiklene må ha sykepleierfaglig relevans da dette er en litteraturstudie i sykepleierutdanningen og studien sitt formål er å se på sykepleieren sin rolle i å oppdage og vurdere smerte hos pasienter med demens.

### 3.4 Kritisk vurdering og etisk etterretning

Kritisk vurdering handler om å vurdere de vitenskapelige artiklene ved å se om metod delen er av kvalitet, analysere resultatene for å sjekke troverdighet, se på gyldigheten og overførbarheten til artiklene (Helsebiblioteket, 2021). Det er blitt benyttet sjekklister som helsebiblioteket (2021) har utarbeidet for å vurdere artiklenes gyldighet. Når de relevante artiklene ble vurdert, ble det sett etter om artikler hadde IMRAD-struktur, dette for å få en indikasjon på om artiklene var vitenskapelige. Det ble lagt vekt på resultatdelen i artiklene, dette gjennom å analysere resultatene for å se om de var troverdige og passet til formålet med litteraturstudien. Artiklene ble vurdert etter sykepleierfaglig relevans, og at de samtidig var relevante til vårt tema. Etisk etterretning innebærer å vurdere om artiklene har ivaretatt de etiske prinsippene. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) angir at de generelle forskningsetiske retningslinjene innebærer etiske prinsipper som respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Det ble lagt vekt på å se etter hvordan artiklene har ivaretatt personvern til deltakerne. Artiklene ble funnet har fått skriftlig samtykke av deltakerne, eller deres nærmeste pårørende. Samtidig som mange av artiklene har blitt godkjente av etiske komiteer.

## 4.0 Resultat og funn

### 4.1 Litteratormatrise

Tabell 4 Litteratormatrise for artikkel nr. 1

Artikkel 1	Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Pain assessment and pain management in patients with dementia: Challenges and dilemmas. <i>Vård i Norden</i> , 33(3), 29–33.
Hensikt	Se på sykepleierens utfordringer og erfaringer med smertevurdering, smertekartlegging og smertelindring av pasienter med demens.
Metode	En kvalitativ studie hvor dataene ble samlet inn ved bruk av fokusgruppeintervju. Fokusgruppene ble delt inn i tre og besto av totalt 18 sykepleiere. Deltakerne var sykepleiere fra to ulike sykehus og sykehjem i Norge. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning innenfor demensomsorgen.
Resultat	Resultatene ble delt inn i tre kategorier: Pasientens høye alder, komorbiditet og polyfarmasi: -Sykepleierne fortalte at pasienters høye alder, komorbiditet og polyfarmasi som årsak til økt sykdom og smertefulle tilstander. Sykepleierne var enige om at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen kan føre til risiko for at pasientene blir under-, over- og feilmedisinert. Smertekartlegging og smertelindring: -Sykepleierne forteller at de sjeldent eller nesten aldri har benyttet smertekartleggingsverktøy. De benyttet seg noen ganger av VAS, visuell analog skala, men dette krever at man kan uttale seg verbalt. Sykepleierne uttrykte ønske og behov for felles retningslinjer om hvordan få en best mulig kartlegging av smerte. Ethiske betraktninger: -Sykepleierne møtte etiske dilemmaer ved smertelindring. Sykepleierne opplevde utfordringer i forhold til pårørende sine ønsker, pasientens ønsker og sykepleierens observasjoner. Sykepleierne følte at de tvangsbehandlet pasienten da observasjonene tilsvarte at pasienten hadde smerter, men pasienten samarbeidet ikke.
Konklusjon	Det oppstår ulike utfordringer og dilemmaer ved smertevurdering og smertelindring hos sykepleiere som behandler pasienter med demens. Sykepleierne har ansvaret for å arbeide kunnskapsbasert, og opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy vil øke sjansen for effektiv smertevurdering og smertelindring.
Betydning for oppgaven	Studien inkluderer sykepleiere fra to ulike sykehus, men er relevant for oppgaven da den legger vekt på sykepleierens erfaringer og opplevelser ved kartlegging av smerter.

Tabell 5 Litteratormatrise for artikkel nr. 2

Artikkel 2	Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting: Older persons with severe dementia. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(2)</i> , 380.
Hensikt	Undersøke kvaliteten til smertekartleggingsverktøyet MOBID-2.
Metode	Kvantitativ studie som besto av 77 pasienter fra et norsk sykehjem. Pasientene måtte være over 65 år, med alvorlig demens og ha en pårørende/verge. De med korttids plass og/eller delirium ble ekskludert. For hver deltaker var det to sykepleiere som fulgte pasientene over fire uker. Det deltok til sammen 28 sykepleiere. Det var flere leger som undersøkte smerte hos pasientene uavhengig og uten å ha sett sykepleierens resultater av MOBID-2.
Resultat	81% av smertene deltakerne opplevde kom fra muskel- og skjelettsystemet. Området som var hyppigst og mest smertefullt var når de brukte beina. Det ble også observert smerter fra bekken og kjønnsorganer. Smerter fra hodet, indre organer og hud var mindre hyppig. Resultatene fra sykepleierens observasjon i forhold til smerteintensitet ved bruk av MOBID-2, samsvarte med legens undersøkelse. I tillegg til at resultatene fra MOBID-2 utført av ulike sykepleiere hos samme pasient samsvarte. Sykepleierne uttrykte at for å fange opp smerter hos denne pasientgruppen bør man observere pasienten over tid og kjenne pasienten i sin vanlige tilstand. Sykepleierne opplevde MOBID-2 som håndterlig og presis og gjennomførbart i praksis.
Konklusjon	Sykepleierens vurderinger ved bruk av MOBID-2 og legens vurderinger viste høy assosiasjon. MOBID-2 viste seg å være pålitelig og effektiv for sykepleiere, til å vurdere smerte hos pasienter med alvorlig demens.
Betydning for oppgaven	MOBID-2 viser seg å være et kartleggingsverktøy som er pålitelig til å vurdere og oppdage smerte hos pasienter med demens.

Tabell 6 Litteratormatrise for artikkel nr. 3

Artikkel 3	Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing, 21(10)</i> , 479–487.
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge sykepleierens kunnskap og holdninger til smertevurdering, hos pasienter med demens i sykehjem.

Metode	Kvantitativ studie der det ble brukt en tverrsnittundersøkelse. Dataen ble samlet inn over fire uker, hvor spørreskjemaet besto av tre seksjoner, og ble utdelt til 96 sykepleiere på tvers av 16 sykehjem i Storbritannia. Et eksklusjonskriterium var ledere på sykehjemmene, dette da de ikke regelmessig tok seg av pasienter med demens.
Resultat	Det ble totalt innhentet 32 svar, hvor flertallet av sykepleierne hadde god kunnskap om kartlegging og håndtering av smerter hos beboere med demens. Imidlertid var det en viss usikkerhet hos sykepleierne om valg av smertelindrende middel, sikkerheten ved opioidbruk og bruk av demensspesifikke smertevurderingsverktøy. De viktigste barrierene for effektiv smertevurdering var arbeidsbelastningen, dårlig bemanning og mangel på støtte fra leger. Sykepleierne erkjenner at de ikke kunne stole på tradisjonelle metoder for smertevurdering, og måtte ofte vurdere smertefaktorene som endringer i humør og atferd.
Konklusjon	Studien fremhever behov for å utvikle smertekartleggingsprogrammer, og klare veiledere, spesielt utviklet for sykepleiere som tar seg av pasienter med demens. Det understrekes også behov for bedre kommunikasjon, og koordinering av smertebehandling. Artikkelen identifiserte kunnskapssvikt hos sykepleiere i forhold til bruk av smertekartleggingsverktøy og behandling av smerter ved demens.
Betydning for oppgaven	Studien kommer fram til at det er behov for økt kunnskap og opplæring av kartleggingsverktøy, for sykepleiere som arbeider med pasienter med demens.

Tabell 7 Litteratormatrise for artikkel nr. 4

Artikkel 4	Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 29(5), 316–320.
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske sykepleiere på sykehjem sine erfaringer, og praksis for å identifisere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens.
Metode	Studien er et kvalitativt dataanalyseintervju hvor det ble gjennomført to fokusgruppeintervju på to sykehjem, totalt 29 deltakere i Nashville, USA. Sykepleierne ble bedt om å identifisere forekomsten, presentasjonen av smerter hos beboere med demens, hvordan de bestemte tilstedeværelsen og hvilke behandlingsstrategier de brukte i arbeidet.
Resultat	Sykepleierne rapporterte vanskeligheter med å kartlegge om personer med demens hadde smerter, og intensiteten av smertene. Beboere som ikke er godt kjent av personalet hadde større risiko for dårligere smertelindring, og det var ikke uvanlig at sykepleieren diskuterte viktigheten av konfliktløsning blant familiemedlemmer. Sykepleiere måtte fokusere, ikke bare på beboerne, men også familiens komfortnivå knyttet til smertebehandling. Studien støtter videre bruk og utvikling av skalaer for ubehagsatferd.

Konklusjon	Sykepleierne i denne studien fokuserte like mye på pårørende, som beboeren i deres vurdering av smerter. Studien satte søkelys på sykepleieres identifisering og behandling av smerte, men sykepleiere i studien erkjente overlappingen mellom smerte og atferdssymptomer på demens.
Betydning for oppgaven	Denne artikkelen ble inkludert fordi den utforsker sykepleiere på sykehjem sine erfaringer i å oppdage smerte, samt belyser viktigheten av å kjenne pasienten og erkjenne at pårørende kan være en ressurs hos pasienter som har begrenset evne til å kommunisere.

Tabell 8 Litteratormatrise for artikkel nr. 5

Artikkel 5	Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: A qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC Nursing</i> , 20(1), 48.
Hensikt	Sykepleierens erfaringer med omsorg for personer med alvorlig demens og smerter ved livets slutt.
Metode	Kvalitativ studie gjennom semistrukturerte intervjuer. 13 sykepleiere som deltok fra 12 sykehjem i Sverige. Sykepleierne måtte ha minst ett års praksis som sykepleier. Ingen av deltakerne hadde videreutdanning innenfor demens, geriatri eller palliativ sykepleie.
Resultat	Resultatene ble delt inn i tre kategorier: Kommunikasjonsutfordringer: -Mange sykepleiere synes det var utfordrende å vurdere smerte, dette da evnen til å uttrykke seg verbalt er påvirket. Sykepleieren brukte å tolke uttrykk for smerte gjennom den nonverbale kommunikasjonen. Sykepleierne snakket om utfordring rundt smertevurdering når man ikke hadde kjennskap til pasientene fra tidligere. Mange brukte ikke kartleggingsverktøy og vurderte smerte etter egen kunnskap. Relasjonelle utfordringer: -Flere sykepleiere så på pårørende som en ressurs i smertevurdering, da de kjenner pasienten. Men pårørende kunne også være en utfordring da mange hadde ulike meninger om bruk av smertestillende. Organisatoriske utfordringer: -Flere sykepleiere rapporterte om begrenset tid, underbemanning, manglende kompetanse og stor arbeidsbelastning som utfordringer som påvirket omsorgen.
Konklusjon	Studien viser at det er flere utfordringer sykepleiere møter på hos pasienter med avansert demens og smerter i livets slutt. Utfordring rundt kommunikasjonen som førte til usikkerhet rundt vurdering av smerte. Pårørende kan påvirke vurderingen og behandlingen av smerte. God relasjon til pasientene, yrkeserfaring og god tid var flere faktorer som bidro til god smertebehandling.
Betydning for oppgaven	Studien tar for seg omsorg ved livets slutt, men er relevant for oppgaven da den tar utgangspunkt i sykepleierens erfaringer rundt å oppdage og vurderer smerter hos pasienter med demens.

Tabell 9 Litteratormatrise for artikkel nr. 6

Artikkel 6	Lautenbacher, S., Niewelt, B. G., & Kunz, M. (2013). Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. <i>Pain Medicine</i> , 14(4), 469.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om ansiktsuttrykk hos pasienter med demens, kunne tolkes like lett som ansiktsuttrykk hos personer med kognitiv svikt. Det ble også sett på om sykepleierne har gjennom sin profesjonelle kompetanse og arbeidserfaring lært å lese ansiktsuttrykkene bedre enn en kontrollgruppe.
Metode	Studien tar for seg 21 kvinnelige sykepleiere, og 21 kontrollpersoner uten utdanning innenfor helse som observerte 120 videoklipp, i Tyskland. Videoene viste ansiktsuttrykkene til personer, med og uten demens. Under lett og moderat skadelig stimulering. Videoene viste kun ansiktet til personen, og var uten lyd. Etter hver video ble observatørene bedt om å vurdere hvor mye smerte personene kan ha opplevd.
Resultat	Alle observatørene så mer smerte i ansiktsuttrykkene til personene som ble påført høyere smerte. Det var en signifikant forskjell på alder og kognitiv status, og observatørene oppdaget mer smerte hos eldre med demens. De var ikke forskjell mellom sykepleieren og kontrollpersonene med hensyn til smertenivå. Det ble observert høyere, og mer nøyaktig smertevurdering hos de eldre kvinnene.
Konklusjon	Sykepleierne viste ikke en overlegen kompetanse til å oppdage smerte gjennom ansiktsuttrykk. Funnene tyder på at sykepleiere ikke ser ut til å være godt nok forberedt til å oppdage og bedømme smerte hos pasienter med demens. Derfor er det behov for ytterligere opplæring.
Betydning for oppgaven	Studien har med eldre uten demens, men videoene er uten lyd. Studien sikter på å se erfaringer sykepleierne hadde med å oppdage smerte ved ansiktsuttrykk.

Tabell 10 Litteratormatrise for artikkel nr. 7

Artikkel 7	Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? <i>Pain Medicine (Malden, Mass.)</i> , 18(11), 2105–2115.
Hensikt	Hensikten med artikkelen er å undersøke hvilke trekk ved ansiktsuttrykk sykepleiere stoler på når de oppdager smerte, og intensiteten av smerte hos pasienter med demens.
Metode	Kvantitativ studie. Studien benyttet seg av et spørreskjema som inkluderte 13 ansiktsdeskriptorer. Skjemaene ble utfylt av 79 sykehjem og totalt 284 fullførte observatørvurderinger ble gjort i Nord-Irland.



	Sykepleierne ble bedt om å observere pasienter med moderat til alvorlig demens og vurdere beboernes smerte ved hjelp av ansiktsbeskrivelser og gi et samlet smerteestimat.
Resultat	Sykepleierne ble bedt om å se etter to vurderinger når det gjaldt smerte, smerteuttrykk og smerteintensitet. I perioden pasientene med demens ble observert kom sykepleierne fram til at pasientene opplevde milde til moderate smerter. De fleste av sykepleierne rapportert om observasjoner som «rynker i pannen», «snevret øyne», «ser spent ut», «ser redd ut» og «åpnet munn» som ansiktsbeskrivelsene av den totale smertevurderingen gjort av sykepleierne.
Konklusjon	De 13 presenterte ansiktsbeskrivelsen ble brukt av alle sykepleierne, men noen ble brukt hyppigere enn andre for å si om pasienten hadde smerter. I den generelle vurderingen av smerte utført av sykepleier ble de anatomiske uttrykkene som «rynker i pannen» og «innsnevret øyne» og indikatorer på emosjonell preget som «ser spent ut» brukt.
Betydning for oppgaven	Studien har betydning for oppgaven da den vektlegger hvordan man kan oppdage smerte ved hjelp av ansiktsuttrykk, og hvilke som gjenspeiler uttrykk for smerte.

## 4.2 Sammenfatning av artiklene

Sykepleierens kompetanse:

Lillekroken og Slettebø (2013) understreker at sykepleierne hadde god kunnskap om smertelindring, men at de hadde dårligere kunnskap når det gjaldt å kartlegge smerte. Sykepleierne som deltok ønsket en felles retningslinje, for å få en best mulig kartlegging av smerte hos pasienter med demens. Husebø et al. (2010), Monroe et al. (2015) og Burns og McIlpatrick (2015) påpeker viktigheten av sykepleierens kompetanse, og hvilke konsekvenser dette har for å kartlegge smerter hos pasienter med demens. Burns og McIlpatrick (2015) identifiserte kunnskapssvikt hos sykepleierne knyttet til bruk av smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens. Lundin og Godskesen (2021) forteller om at utfordringer rundt kommunikasjonen førte til usikkerhet rundt vurdering av smerte. Lautenbacher et al. (2017) påpeker sykepleierens kompetanse knyttet til hvilke ansiktsuttrykk de stoler på, for å kartlegge smerte. Lautenbacher et al. (2013) sine funn tyder på at sykepleiere ikke ser ut til å være godt nok forberedt til å oppdage, og vurdere smerte hos pasienter med demens. Artikkelen mener at det er behov for mer opplæring for å forebygge at smerte ikke går uoppdaget. Lautenbacher et al. (2013) tar for seg sykepleierens kompetanse, opp mot en kontrollgruppe uten utdanning innen helse og omsorg. Studien viser at kompetansen til sykepleierne ikke var overlegen når det kom til å vurdere hvor mye smerte pasientene opplevde.

#### Smertekartlegging:

Lautenbacher et al. (2017), Lautenbacher et al. (2013) og Lundin og Godskesen (2021) belyser at det er flere forhold sykepleierne må ta hensyn til når de kartlegger smerte. Slik som sykepleiernes erfaring, og kompetanse knyttet til å observere pasientens ansiktsuttrykk. Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker at sykepleierne sjeldent, eller nesten aldri benyttet smertekartleggingsverktøy. Husebø et al. (2010) beskriver at sykepleierne opplever kartleggingsverktøyet MOBID-2, som håndterlig, presis og gjennomførbart i praksis. Burns og McIlpatrick (2015) nevner at sykepleierne ikke kunne stole på tradisjonelle metoder for smertevurdering, og måtte vurdere smerte etter endringer i atferd og humør. Artikkelen identifiserte kunnskapssvikt hos sykepleierne knyttet til bruk av demensspesifikke smertevurderingsverktøy. Monroe et al. (2015) støtter videre bruk og utvikling av kartleggingsverktøy for personer med begrenset evne til kommunikasjon.

#### Relasjonsbygging:

Lillekroken og Slettebø (2013) påpekte at sykepleierne var enige om at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen, kan føre til at pasientene ikke verbalt kan uttrykke sin smerte. Dette kunne gi konsekvenser som at pasientene blir under-, over- og feilmedisinert. Burns og McIlpatrick (2015) understreker behovet for generelt bedre kommunikasjon blant sykepleierne. Husebø et al. (2010) understreker viktigheten av å observere pasienten over tid, og kjenne pasientens vanlige tilstand. Monroe et al. (2015) belyser at beboere som ikke var godt kjent av personalet, hadde større risiko for dårligere smertelindring. Sykepleierne fokuserte ikke bare på beboerens komfort, men også familiens komfortnivå knyttet til smertebehandling. Lundin og Godskesen (2021) forteller om kommunikasjonsutfordringer, som at sykepleiere syns det var utfordrende å vurdere smerte, dette da pasientens evne til å uttrykke seg verbalt er påvirket. Samtidig snakket sykepleierne om utfordring rundt smertevurdering når man ikke hadde kjennskap til pasientene fra tidligere. Da dette økte risikoen for at tegn til smerte ikke blir oppdaget og rapportert videre. Flere sykepleiere så på pårørende som en ressurs i smertevurdering, da de kjenner pasienten fra tidligere. Lillekroken og Slettebø (2013) belyser at det er utfordringer rundt pårørende sine ønsker, hva pasienter trenger og observasjoner utført av sykepleierne.

## 5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil sammenfattet resultat fra de vitenskapelige artiklene diskuteres opp mot relevant litteratur. Dette i form av pensumbøker, nasjonale anbefalinger og retningslinjer, lover og regler, yrkesetiske retningslinjer og annet relevant fag- og forskningskunnskap. Problemstillingen ligger til grunn for diskusjonen:

«Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem.»

### 5.1 Sykepleierens kompetanse

Demens er en sykdom som kan føre til ulike grader av afasi, og utfordringer med kommunikasjonen. Som sykepleier krever dette at man har kompetanse om sykdommen og ulike smertetilstander, for igjen å kunne oppdage og vurdere om en pasient med demens opplever smerte. God sykepleie innebærer kunnskap, erfaring, ferdigheter og faglig skjønn for å kunne ivareta og håndtere utfordringer som ligger i en sammensatt pasientsituasjon (Alvsvåg, 2018, s. 51). Flere av de utvalgte vitenskapelige artiklene tar for seg sykepleiernes kunnskap, kompetanse og opplæring knyttet til å oppdage og vurdere smerter hos pasienter med demens.

Lundin og Godskesen (2021) forteller at utfordring rundt kommunikasjonen førte til usikkerhet når det gjaldt vurdering av smerte. Artikkelen tok opp manglende kompetanse som en utfordring sykepleierne rapporterte om, som igjen påvirket omsorgen.

Lautenbacher et al. (2013) viser til sykepleiernes kompetanse i å vurder smerte opp mot en kontrollgruppe uten utdanning innen helse, som viser at sykepleierne ikke hadde noen bedre kompetanse til å vurdere hvor mye smerte pasientene opplevde. Funnene i artikkelen kommer frem til at sykepleierne ikke hadde nok kunnskap og kompetanse til å oppdage og vurdere smerte hos pasienter med demens.

Lillekroken og Slettebø (2013) bemerker i sin artikkel at sykepleierne hadde god kunnskap om smertelindring, men dårligere kunnskap når det gjaldt å kartlegge smerte. Artikkelen forteller at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert og det er hvert enkelt sitt ansvar at man gjør dette, gjennom å oppdatere seg på forskning. Dette øker sjansen for mer effektiv smertevurdering. Samtidig vektlegger Burns og McIlpatrick (2015) at sykepleiere hadde kunnskap om hvordan oppdage og håndtere smerte, men de fant kunnskapssvikt hos sykepleierne når det gjaldt bruk av smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens.

Først og fremst skal sykepleiere yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, og herunder oppdage og vurdere smerte for igjen å kunne behandle (Norsk Sykepleierforbund, 2019a). Pasienter med moderat til alvorlig grad av demens gjør kartleggingen av smerte mer utfordrende, og å oppdage smerte baseres ikke da kun på pasientens rapportering av smerte, men observasjoner av pasienten gjort av helsepersonell som sykepleiere (Helsedirektoratet, 2022).

Monroe et al (2015) sine funn kom fram til at sykepleierne fortalte om vanskeligheter rundt å kartlegge om pasienter med demens hadde smerter, samt graden av smerte. Sykepleierne rapportert om vanskeligheter rundt smertekartlegging på grunn av overlapping med atferdsmessige symptomer. Samtidig ser man det er en sterk anbefaling om at pasienter som viser tegn til atferdsmessige og psykologiske symptomer bør utredes for smerte. Dette da ved hjelp av pasientens rapportering, observasjoner av sykepleiere og systematiske bruk av ulike kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2022).

Husebø et al. (2010), Monroe et al. (2015) og Burns og McIlfatrick (2015) understreker viktigheten av sykepleierens kompetanse, og manglende kompetanse kan hindre tilstrekkelig kartlegging av smerter hos pasienter med demens. Når det gjelder kompetanse blant sykepleiere er dette for øvrig lagt under lover og forskrifter. Helsepersonell skal utføre arbeidet i takt med den faglig forsvarlige og omsorgsfull helsehjelp som kan forventes utfra helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001, §4). Dette innebærer at sykepleiere skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp til den eldre pasienten med demens. Det grunnleggende behovet for velvære og lindre lidelse går under å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Da å oppdage og behandle smerte handler om å yte omsorg. Det er legen som har det medisinske ansvaret, men sykepleiere har ansvaret med å kartlegge og formidle om pasienten har smerte for at legen skal kunne gi riktig behandling og smertelindring (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

Videre er det kommunen sitt ansvar at hver enkelt pasient får et helhetlig og verdig tilbud, samt at det er tilstrekkelig kompetanse innenfor området i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). I tillegg har virksomheten et ansvar for at man har den nødvendige kompetansen og kunnskapen i fagfeltet og kunnskap om relevante retningslinjer, lover og nasjonale veiledere (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §7). Dette innebærer kunnskap og kompetanse om demens, smerter og smertekartlegging. I tillegg til nok tid og ressurser til å utføre observasjoner og kartlegging.

Lautenbacher et al (2013) og Lillekroken og Slettebø (2013) viser til at det er behov for mer opplæring i å oppdage smerte for å hindre at smerte går uoppdaget. Opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy vil øke sjansen for effektiv smertevurdering. Når det gjelder opplæring innfor demensomsorgen ser man samtidig at nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utviklet et opplæringsverktøy til bruk i kommunene for å øke kompetansen til helsepersonell som jobber med pasienter som har demens. Denne opplæringen heter Demensomsorgens ABC, og er i dag tatt i bruk i 94% av kommunene, likevel er det ikke alle som har gjennomført opplæringen da helse- og omsorgstjenestene består av flere vikarer som det ikke alltid nås ut til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26).

Burns og McIlfatrick (2015) og Monroe et al (2015) fremhever behov for å utvikle smertekartleggingsprogrammer og klare veiledere, spesielt utviklet for sykepleiere som tar seg av pasienter med demens. Først og fremst skal virksomheter som yter helsetjenester til pasienter med demens, tilse at helsepersonell har den opplæringen som det kreves, dette for å sikre at hver enkelt har relevante kompetanse til å utføre tjenestene faglig forsvarlig (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleiere skal være faglig oppdatert om forskning, utvikling og praksis innenfor eget fagfelt og bidra med ny kunnskap i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019a).

Gode helse- og omsorgstjenester dannes når pasienten møter helsepersonell med høy kompetanse og faglig bredde, og når det er samspill mellom pasienten og helsepersonellet, der pasienten føler trygghet, respekt og verdighet. Det krever at man kontinuerlig legger vekt på kompetanseutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32).

## 5.2 Smertekartlegging

Smerte kan defineres som en ubehagelig sensorisk opplevelse, og er en subjektiv følelse (Danielsen et al., 2016, s. 383). Derfor er sykepleierens rolle i å oppdage og kartlegge smerter viktig, da pasienter med demens ikke lengre har evnen til å uttrykke dette verbalt. Lautenbacher et al. (2017), Lautenbacher et al. (2013) og Lundin og Godskesen (2021) belyser at det er flere forhold sykepleierne må ta hensyn til når de kartlegger smerte. Slik som sykepleierens erfaring, og kompetanse knyttet til å observere pasientens ansiktsuttrykk. Eide & Eide (2017) poengterer at ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel for å kunne observere hva noen føler, uten å si noe verbalt (Eide & Eide, 2017, s.141).

Danielsen et al. (2016) vektlegger at kartlegging av smerter er en viktig sykepleieroppgave, og å observere smerter ut ifra fysiologiske tegn er viktig kunnskap. En klinisk vurdering av ansiktsuttrykk, som grimaser i ansikt eller spenning i kroppen, er tydelige tegn pasienten sender som kan indikere smerte. Lautenbacher et al. (2013) kom samtidig frem til at sykepleierne i studien brukte anatomiske uttrykk, som rynker i pannen, innsnevret øyne og ser spent ut, som indikatorer for tegn på smerte. Smerteskalaer skal være pålitelige og lette å bruke. Sykepleiere kan ved bruk av ansiktsskala observere ansiktsuttrykk fra null til ti, dette vil gi en indikasjon på smerten, når pasienten ikke evner å uttrykke seg verbalt (Danielsen et al., 2016, s. 391). Etter opplevd praksis støtter sykepleiere seg ofte på taus kunnskap, med erfaringer de har opparbeidet seg underveis i arbeidet.

Når det gjelder kartlegging av smerte, er det utviklet flere verktøy for personer med demens. Dessverre gir aktuell forskningsdokumentasjon lite grunnlag for å anbefale et spesifikt verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Med hensyn til dette er det utviklet et fåtall observasjonsskjema for vurdering av smerte hos personer med demens, blant annet MOBID-2 smerteskala og Doloplus- 2. Når det gjelder smertekartlegging forteller Husebø et al. (2010) at sykepleierne opplever kartleggingsverktøyet MOBID-2, som håndterlig, presis og gjennomførbart i praksis. Artikkelen legger vekt på funn de gjorde etter smertekartlegging ved bruk av MOBID-2. Hvor det var høy forekomst av smerter i ben, og mindre hyppige smerter fra hodet og hud. Selv om smerteintensiteten ble kartlagt av ulike sykepleiere, samsvarte resultatene med undersøkelser og vurdering av lege. I tillegg konkluderte artikkel med at MOBID-2 var tilstrekkelig pålitelig grunnet smerteintensiteten samsvarte mellom sykepleierens og legens kartlegging.

Videre bør sykepleier observere smerter, samt kartlegge funnene. Observasjoner som ansiktsuttrykk, mimikk, uro, sukking eller stønning kan være tegn på smerte. Spesielt hos pasienter med demens, som ikke kan uttrykke seg verbalt. For å gjøre gode smertevurderinger bør sykepleiere kartlegge smerte, men det kan være vanskelig å bruke kartleggingsverktøy som VAS. Derfor er det hensiktsmessig å benytte seg av kartleggingsverktøy som MOBID-2 (Romsland et al., 2015, s. 90-91). Imidlertid sier Burns og McIlpatrick (2015) at sykepleierne ikke kunne stole på tradisjonelle metoder for smertevurdering. Sykepleierne måtte vurdere smerte, som endringer i humør og atferd. På den andre siden påpekte Husebø et al. (2010) at noen av sykepleierne mente det ikke kunne finnes en felles prosedyre for kartlegging av smerte, da alle er forskjellige og smerte ikke kan standardiseres. Monroe et al. (2015) støtter videre bruk og utvikling av kartleggingsverktøy for personer med begrenset evne til kommunikasjon.

Lillekroken og Slettebø (2013) understreker at sykepleierne sjeldent, eller nesten aldri benyttet smertekartleggingsverktøy. Likevel plikter sykepleiere å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, og dette innebærer at utøvelsen av arbeidet samsvarer med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §2-4). Dessuten er kartlegging av smerter en selvstendig sykepleiefunksjon, og må kartlegges og dokumenteres på lik linje med andre vitale tegn (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402). Først og fremst har sykepleiere ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, og lindre lidelse. Samtidig som ivaretagelsen av den enkelte pasients verdighet, og integritet. I tillegg til pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Videre har alle pasienter som mottar omsorgstjenester rett til ivaretagelse av sine grunnleggende behov som blant annet håndtering av smerte (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Husebø et al. (2010) legger vekt på forhold som pasientens høye alder, rutiner for smertekartlegging og etiske betraktninger ved behandling av pasienter med smerter. Når det gjelder pasientens rettigheter må man ta det etiske perspektivet i betraktning, og dette er noe sykepleiere må ta stilling til hver dag. Det er fagkunnskapen til sykepleierne som ligger til grunn for ivaretagelse av viktige verdier og prinsipper, som velgjørenhet, å ikke-skade, rettferdighet og pasientens autonomi (Sneltvedt, 2016, s. 46, 106).

### 5.3 Relasjonsbygging

Kommunikasjon handler om å gjøre noe felles og sende et budskap. Ved manglende evne til å kommunisere, vil det bli vanskeligere å skape en relasjon til andre. For pasienter som har demens kan det være vanskelig å finne ord som følge av afasi, og redusert hukommelse kan gjøre det vanskelig å føre en samtale. Pasienter med demens kan derfor føle vansker med å uttrykke sine ønsker og behov, og vanskeligheter med å forstå andres budskap (Rokstad, 2014, s. 39).

Lillekroken og Slettebø (2013) påpekte at sykepleierne var enige om at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen, kan føre til at pasientene ikke verbalt kan uttrykke sin smerte. Utfordringen rundt kommunikasjonen mente sykepleierne i studien kunne gi konsekvenser som at pasientene blir under-, over- og feilmedisinert, da vurdering av smerte kan være utfordrende.

Likevel ser man at selv om sykepleierne mener det er utfordrende, har mange for lite kunnskap om hvordan håndtere denne utfordringen og hvordan bygge en relasjon. Dette er viktig da kommunikasjon er nødvendig for å få til en god relasjon, og omsorgen en yter bør vektlegges av en relasjon mellom pasient og pleier. En relasjon til pasienter med demens handler om å vise forståelse, empati, kunnskap og gode holdninger. For å hjelpe pasienter med demens å ivareta deres personvern er det viktig å forsøke å forstå hva personen forsøker å formidle (Rokstad, 2014, s. 38).

Lundin og Godskesen (2021) forteller om kommunikasjonsutfordringer, som at sykepleiere synes det var utfordrende å vurdere smerte, dette da pasientens evne til å uttrykke seg verbalt er påvirket. Sykepleierne i studien fortalte om at de ofte tolket tegn på smerte gjennom den nonverbale kommunikasjonen pasientene uttrykte. Samtidig bemerker Rokstad (2014) at man burde vurdere kroppsspråket til pasienten, for å finne budskapet i kommunikasjonen pasienten forsøker formidle. Nonverbale kommunikasjon består av kroppsspråk i form av ulike ansiktsuttrykk, stemmeleie, lyder og øyekontakt med mer (Rokstad, 2014, s. 41). Når det gjelder innholdet i kommunikasjonen med pasienter som har demens, bør den være tilpasset pasientens situasjon og tilstand. Samtidig ser man at å møte sårbare grupper som eldre pasienter

med demens på en god måte og ivareta deres spesielle behov for helse-og omsorgstjenester går under yrkesetiske retningslinjer for sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er vår oppgave å bidra til at pasienters behov blir imøtekommet, dette gjennom å ha kunnskap om kommunikasjon og relasjon. Når man kommuniserer med pasienter, har man også mulighet til å observere andre ting hos pasienten, som tegn på smerter.

Med tanke på viktigheten av å kjenne pasienten, kommer Monroe et al. (2015) i sin studie frem til at pasientene som ikke var godt kjent av personalet, hadde større risiko for dårligere smertelindring. Dette belyser viktigheten av å ha kunnskap om, og kjennskap til pasienten for å kunne oppdage og vurdere smerte. På den andre siden påpeker Burns og McIlpatrick (2015) i sin studie at det er generelt behov for bedre kommunikasjon blant sykepleierne. Dette da smertevurdering og å oppdage smerte krever samarbeid og koordinering som igjen krever at man kommuniserer med hverandre. Det er viktig med kjennskap til og kunnskap om pasienten, men som artikkelen kommer fram til er det også viktig med kommunikasjon mellom sykepleiere og et godt samarbeid, for å få ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg.

Kommunikasjon og relasjon er viktig i personsentrert omsorg. Personverd handler om en verdi en får i relasjon med andre og som innebærer respekt og tillit. Omsorg handler om et ønske om å gjøre godt, vise respekt og bevare verdigheten som menneske til den du yter omsorg til. For å bygge relasjon med pasienter som har demens er det viktig å vektlegge livshistorien for å forstå hva som er viktig for pasienten (Rokstad, 2014, s. 22-25). God kunnskap om og kjennskap til pasienten, gjennom å lære en å kjenne og deres verdier, ønsker og behov, kan styrke relasjonen. Det er på et sykehjem lettere å skape en relasjon, samt lære pasienten å kjenne da man ofte ser pasienten over tid (Finnbakk & Heyn, 2018, s.163).

Husebø et al. (2010) trekker fram viktigheten av å observere pasienten over tid, og viktigheten av å kjenne pasienten, hvordan hen fungerer i det daglige, samt hvordan pasienten er som person og hva hen foretrekker. Dette for å kunne vurdere om en pasient har smerter. Det samme påpeker Ludin og Godskesen (2021) som forteller at sykepleierne rapporterte om utfordring rundt smertevurdering når man ikke hadde kjennskap til pasientene fra tidligere. Sykepleierne i studien mente at å ikke kjenne til pasienten økte risikoen for at tegn til smerte ikke blir oppdaget og rapportert videre. Videre er dette noe som er opplevd i praksis. Pasienter som ikke har vært kjent for oss studenter fra før har vært vanskeligere for oss å oppdage om hadde smerter eller ikke. Manglende kunnskap om pasientene gjorde det vanskelig å vite om urolig atferd skyldes smerter, andre somatiske årsaker, eller var vanlig atferd hos pasienten på grunn av demenssykdommen. Samtidig er det å kjenne til pasienten og skape en relasjon, en sykepleiers oppgave. Sykepleiere skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og det er nødvendig å skape en relasjon for å kjenne pasienten, dens måte å kommunisere på, for igjen kunne yte best mulig omsorg ut ifra pasientens ønsker og behov (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Pasienter med en demensdiagnose kan uttrykke kommunikasjon gjennom atferd. Det kan være uttrykk som at en føler seg redd, ensom eller uttrykk for smerter. Dette for eksempel gjennom roping, vandring eller utagering. Det er i slike situasjoner viktig å ha kunnskap om pasientens atferd til vanlig og observere endringer. Sammen med pårørende kunne få informasjon til å tolke endret atferd (Aldring og helse, u.å.). Lundin og Godskesen (2021) understreker at flere sykepleiere så på pårørende som en ressurs i smertevurdering, da de kjenner pasienten fra tidligere og deres livshistorie. Pårørende har ofte viktig kunnskap og erfaring om pasienten som kan komme til god hjelp i daglige situasjoner, samt vanskelige situasjoner. De fleste pårørende ønsker å hjelpe pasienten og med dette gi informasjon og støtte. Pårørende har behov for å bli sett, hørt og lyttet til når deres nærmeste mottar helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 28). Det handler om å skape en relasjon ikke kun til pasienten, men også deres pårørende.

På den andre siden belyser Lillekroken og Slettebø (2013) at det var utfordringer rundt pårørende sine ønsker, hva pasienter trengte og observasjoner utført av sykepleierne. Spørsmålet blant sykepleierne ble hvilke verdier man skulle legge til grunn da man skulle vurdere og behandle smerte. Videre finner man i studien til Monroe et al. (2015) at sykepleierne fokuserte ikke bare på pasientene, men også familien når det gjelder smertebehandling. Sykepleierne i artikkelen la vekt på pårørende like mye som pasienten når de vurderte smerte.

Med tanke på sykepleierens verdier bygger sykepleie på verdiene barmhjertighet, nestekjærlighet, omsorg, og empati. Hvor sykepleier skal ta ansvar for de sårbare og hjelpetrengende. Pasienten står i sentrum og skal prioriteres, men man skal ta hensyn til pårørende. Sykepleieren skal likevel bidra til at pårørende får den informasjonen de har rett på. På den andre siden, hvis det oppstår konflikter mellom pasient og pårørende, er det pasienten som skal vektlegges og tas hensyn til (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## 5.5 Styrker og svakheter

Kvaliteten til studien skal vurderes ved å se på styrker og svakheter. Studien bygger på kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette for å få dekket et større område ved å se på det generelle så vidt som det spesielle, og for å svare godt på problemstillingen. Det er utført strukturerte søk i databaser for å finne artikler som er relevante til problemstillingen, dette styrker kvaliteten på studien. En svakhet med studien er at det kan ha blitt oversett relevante artikler på grunn av begrensninger i søk, da det kun er søkt etter valgte kombinasjoner, og kun blitt søkt i to forskjellige databaser. Det må tas i betraktning at artiklene er skrevet på engelsk og som følge av annet språk, kan det ha oppstått misforståelser i oversettelsen av artiklene. Artiklene er lest av forfattere sin subjektive måte å lese litteratur på som også kan gjøre at det har oppstått mistolkninger og blitt oversett litteratur. Samt at overskriftene til artiklene ble lest først, og overskriftene som hørtes relevante ble lest videre. Det kan også ha ført til at relevante artikler har blitt oversett. Artiklene i studien har tydelig sykepleiefaglig relevans og pensum litteratur som er benyttet er troverdige og hører til sykepleieutdanningen, som styrker kvalitet i studien. Artiklene som er valgt er fra 2010-2021 og dekker eldre og nyere forskning, noe som styrker studiens kvalitet. Funnene i studien vektlegger at det trengs mer forskning på området.



## 6.0 Konklusjon

Problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem»

Funnene i studien viser at det er utfordrende å oppdage og vurdere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig demens. På grunn av utfordring rundt manglende verbal kommunikasjon, som setter høyere krav til sykepleierne. Studien kommer fram til ulike metoder man kan oppdage og vurdere smerte på. Sammenfattet ble det kommet fram til tre kategorier i resultatdelen som ble drøftet: sykepleiernes kompetanse, smertekartlegging og relasjonsbygging.

Kunnskap og kompetanse om demenssykdommen, smerte og hvordan kartlegge smerte, er viktig for å igjen kunne oppdage og vurdere smerten. Studien fant kunnskapssvikt blant sykepleierne når det gjaldt smertekartlegging av pasienter med demens. Det ble påpekt viktigheten av god kunnskap og kompetanse for å sikre at smerte blir oppdaget, dette for igjen å kunne behandle. Kommunen og virksomheten har ansvar for at pasienten får et helhetlig tilbud og at helsepersonell har kompetanse innenfor områdene i tjenestene. Artikkelen i studien påpeker behov for mer kunnskap og opplæring innen smertekartlegging da mange ikke har benyttet smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens. Demensomsorgen ABC er et opplæringsverktøy som er laget for helsepersonell i kommunen for å gi bedre kunnskap og opplæring innen demensomsorgen. Det er et økt behov for mer oppmerksomhet rundt kartlegging av smerte hos pasienter med demens, dette da det rapporteres om flere utfordringer på området.

Ansiktsuttrykk hos pasienter med demens, som ulike grimaser, uttrykk, sukking og stønning er tegn som kan indikere smerte, samt endret atferd. For å kartlegge smerter viser MOBID-2 smerteskala seg som et kartleggingsverktøy som er håndterlig, pålitelig og gjennomførbart i praksis. MOBID-2 smertekartleggingsverktøyet viser intensiteten av smerten, noe som gjør det lettere å vurdere graden av smerte like mye som å oppdage smerte. Studien viser at flere artikler støtter videre forskning og utvikling når det gjelder kartleggingsverktøy til pasienter med moderat til alvorlig grad av demens.

Pasienter med demens har vanskeligheter med å kommunisere verbalt på grunn av ulike grader av afasi og redusert hukommelse. Dette gjør at det kan være vanskelig å føre en samtale og vanskeligheter med å uttrykke eget behov og ønsker. Det er derfor viktig å skape en relasjon til pasienten. Studien kommer fram til at det å lære pasienten å kjenne, deres livshistorie og hvordan pasientene er i det daglige, gjennom personsentrert omsorg kan bidra til at smerte blir oppdaget. Dette er enklere på et sykehjem da man ofte er sammen med pasientene over lengre tid. Dette sammen med å benytte pårørende som en ressurs, med informasjon og kjennskap til pasienten, i arbeidet med å oppdage og vurdere smerte.

Det kommer frem i studien et behov for forbedring i å oppdage smerte og vurdere smerte, da det enda er utfordringer. Studien kommer fram til at det er behov for mer forskning på området.

Det kan konkluderes med at for å bidra til at smerte blir oppdaget og vurdert, er det flere punkter som spiller inn. Alle tre kategoriene som er nevnt og diskutert er viktige sammen, dette for å få til en god oppdagelse og vurdering av smerte.

## Litteraturliste

Aldring og helse. (u.å.). Mobid-2. Nasjonalt senter for aldring og helse. Hentet 21. mai 2023, fra <https://www.aldringoghelse.no/aldring/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/mobid-2/>

Aldring og helse. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Hentet 16. mai 2023, fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care* (4. utg.). Open University Press.

Brodtkorb, K., & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal.

Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

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

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon* (3. utg.). Gyldendal.

Finnbakk, E., & Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Helsebiblioteket. (2021). *4.1 Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helse og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (2020). *3.4 Søkeord*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2019). *Krav til kompetanse*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse>

Helsedirektoratet. (2022). *Personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør vurderes for smerte*. Helsedirektoratet.

<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. (2022). *Om demens*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)* LOV-1999-07-02-64. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

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

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* LOV-2011-06-24-30. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003).

*Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>

Lautenbacher, S., Niewelt, B. G., & Kunz, M. (2013). Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. *Pain Medicine*, 14(4), 469. <https://doi.org/10.1111/pme.12050>

Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 18(11), 2105–2115. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Pain assessment and pain management in patients with dementia: Challenges and dilemmas. *Vård i Norden*, 33(3), 29–33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: A qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

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

Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal.

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.

Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og Rehabilitering*. Gyldendal.

Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad, A. M. M., Munch, M., & Røen, I. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg*. I J. Røsvik & M. Mjørud (Red.). Forlaget Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/temahefte-implementering-vips-2016-web.pdf>

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal.

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal.

Strand, B. H., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Totland, T. H., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., ... Håberg, A. K. (2014). *Helse hos eldre*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., & Skirbekk, V. F. (2014). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Torvik, K., & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal.

# 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**  
«Aul»  
Stønner seg  
Ynker seg  
Gisper  
Skriker

**Ansiktsuttrykk**  
Grimaserer  
Rynker 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

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 hofteladd	<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

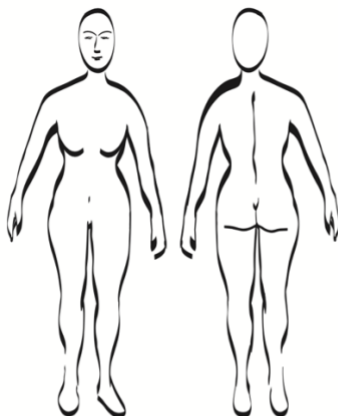
Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

## 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

