

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

**”Lide unødvendig i stillhet ”**

**”Unnecessarily suffer in silence ”**

Antall ord: 12279

Sharazad Omar Mohamed og

Daniel Tadesse Tesfay

Veileder: Svein Skogan

Bachelor i sykepleie 2014

**2017**

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Norsk sammendrag

Denne bachelor fordypningsoppgaven handler om vurdering og kartlegging av smerter hos pasienter med alvorlig demens, som ikke klarer å selvrappotere sine smerter verbalt. Bakgrunnen for valg av tema er basert på vår erfaring at sykepleiere ikke er flinke nok til å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Forskning viser at smerte er underdiagnostisert og mangelfullt behandlet hos pasienter med demens. Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om smertevurdering og smertekartleggingsverktøy til denne pasientgruppen slik at de blir ivaretatt helhetlig og opplever økt livskvalitet. Derfor er problemstillingen: ” Hvordan kan sykepleiere vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem? ”. Problemstillingen blir besvart med hjelp av eksisterende fag-forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, samt egne erfaring i skjermet avdeling for pasienter med alvorlig demens. Resultatet viser at det å vurdere og kartlegge smerte hos pasienter med alvorlig demens er utfordrende. Mer kunnskap om demenssykdom, smertebehandling, bekjentskap og relasjon med pasienten og bruk av smertekartleggingsverktøy, samt det å være observant i forhold til pasientens non-verbale uttrykk er viktig. Dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og lege er også like viktig.

---

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning.....</b>	<b>5</b>
1.1    Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2    Presentasjon av problemstillingen .....	6
1.3    Oppgavens avgrensninger.....	6
1.4    Oppgavens oppbygning og disposisjon .....	7
<b>2. Metode.....</b>	<b>8</b>
2.1    Valg av metode .....	8
2.2    Litteratursøk.....	9
2.3    Kildekritikk.....	10
<b>3. Presentasjon av funn .....</b>	<b>12</b>
3.1    Michelle Burns og Sonja McIlfartick (2015): Nurses’ knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in nursing home. ....	12
3.2    Husebo, Atherberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose og Strand (2012): Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges.....	13
3.3    Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013): Smertebehandling til personer med langtkommen demens. ....	13
3.4    Lillekroken og Slettbø (2013) : Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.....	14
<b>4. Teori.....</b>	<b>16</b>
4.1    Presentasjon av sykepleieteoretikere .....	16
4.2    Joyce travelbee.....	16
4.2.1 Menneske til menneske forholdet.....	16
4.2.2 Lidelse og smerte .....	17
4.3    Kari Martinsen .....	18
4.3.1 Relasjonell omsorg.....	18
4.3.2 Praktisk omsorg .....	19
4.3.3 Moralsk omsorg .....	19
4.4    Demens .....	19
4.4.1 Symptomer på demens.....	20
4.4.2 Grader av demens .....	21

---

4.5	Smerter .....	22
4.5.1	Ulike typer smerte .....	22
4.5.2	Smerte hos pasienter med alvorlig demens .....	23
4.5.3	Konsekvens av smerte .....	23
4.5.4	Smertevurdering .....	24
4.5.5	Smertekartleggingsverktøy .....	24
4.6	Kommunikasjon .....	26
4.6.1	Kommunikasjon med alvorlig demens pasienter .....	26
4.7	Lovverk og retningslinjer .....	27
4.7.1	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie .....	27
4.7.2	Lov om pasient og brukerrettighetsloven .....	28
4.7.3	Lov om helsepersonell .....	28
<b>5.</b>	<b>Drøftning.....</b>	<b>29</b>
5.1	Sykepleierens møte til pasienten med alvorlig demens og smertepåvirket i sykehjemmet .....	29
5.2	Språkvansker og non-verbale kommunikasjon .....	31
5.2.1	Tolkning av pasientens smerter .....	33
5.3	Dokumentasjon .....	35
5.4	Vurdering og kartlegging av smerte .....	36
5.4.1	Samhandling ved bruk av smertekartleggingsverktøy .....	39
<b>6.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>42</b>
<b>7.</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>44</b>
<b>8.</b>	<b>Vedlegg 1: Pico-Skjema .....</b>	<b>47</b>
<b>9.</b>	<b>Vedlegg 2: Søkehistorikk.....</b>	<b>48</b>
<b>10.</b>	<b>Vedlegg 3: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) skjema .....</b>	<b>49</b>
	<b>Vedlegg 4: Doloplus-2, skjema.....</b>	<b>50</b>
<b>11.</b>	<b>Vedlegg 5 – Mobid-2, skjema .....</b>	<b>51</b>

# 1. Innledning

I dette kapittelet ønsker vi å presentere oppgavens tema og begrunnelse for valg tema.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan sykepleiere kan vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem. Grunnen til at vi har valgt å fokusere på pasienter med demens diagnose er at 80 % av alle som bor i sykehjem har demens diagnose og det er den hyppigste årsaken til sykehjems innleggelse hos eldre (Engedal & Haugen, 2016 s. 15). I følge demensplan 2020 er det 77 000 personer med demens i Norge, men med økende gjennomsnittlig levealder vil det medføre at flere eldre får demens sykdom (Engedal & Haugen, 2016 s. 15). Per i dag finnes det ingen behandling som kan kurere demens og ettersom forekomsten av demens øker med alderen, vil pasienter med demens fordobles fram mot år 2040 (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Studier viser at 60 % av pasienter med demens på sykehjem har smerter. Smerte er et vanlig helseproblem blant eldre. Årsaken til smertene varierer og kan være både akutte eller kroniske plager som for eksempel muskel- og skjelettsmerter, kreftsmarter, nervesmerter eller sårsmarter (Husebø 2010, s. 489). På grunn av smerter oppsøker mennesker fastlegen slik at de blir utredet og får behandling (Husebø 2016, s. 489). Personer med alvorlig demens klarer imidlertid ikke å selvrappotere sine smerter på grunn av redusert kommunikasjonsevne og svikt i hukommelsen (Rokstad, 2009 s. 193).

Vi anser temaet smertevurdering og smertekartlegging hos pasienter med alvorlig demens som et relevant sykepleiefaglig tema. Dette er et aktuelt tema med tanke på nåtidens og fremtidens utfordringer. Vi har hatt for lite fokus på smertevurdering og smertekartlegging hos denne pasientgruppen gjennom sykepleieutdanningen, selv om det er et viktig tema som sykepleiere må ha kunnskap om.

Pasienter med alvorlig demens på sykehjem har gjort et sterkt inntrykk på oss gjennom arbeid og praksis i skjermet demensavdeling. Vi har opplevd at pasientenes smerteproblematikk verken blir tilstrekkelig vurdert eller tilstrekkelig kartlagt. Utfordrende

---

atferd som uro, roping og utagering blir ofte tolket som resultat av demenssykdom. Vi har sett at det blir for lite fokus på at denne atferden kan være relatert til smerter og ikke bare demens diagnose. Pasienter med alvorlig demens har utfordringer med å utrykke sine behov, spesielt å selvreportere sine smerter verbalt. På bakgrunn av dette ønsker vi gjennom oppgaven å tilegne oss kunnskap om hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan vurdere og kartlegge smerter hos denne pasientgruppen.

## 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?”

## 1.3 Oppgavens avgrensninger

Vi har valgt å avgrense vår oppgave til å omhandle pasienter med alvorlig demens på sykehjem. Vi har ikke valgt konkret demenstype, men avgrenset i forhold til *alvorlig grad*. Da det er denne pasientgruppen det er knyttet de største utfordringer til i forhold til smertevurdering og –kartlegging på grunn av deres reduserte språkevne, og er langtkommen i sin sykdom.

Vi skriver generelt om demens i teorikapitlet, de mest vanlige symptomene og de ulike grader av demens, slik at det blir lettere å forstå utviklingen fra mild til alvorlig demens.

Hovedfokuset i vår oppgave er spesifikt sykepleiers rolle i det å vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens. Vi skal bruke sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee om menneske-til-menneske forhold og Kari Martinssens omsorgsteori fordi vi anser de som relevante til å besvare vår problemstilling.

Videre i oppgaven skal vi beskrive de forskjellige smertekartleggingsverktøyene som er oversatt og utprøvd i Norge. Vi skal ikke ha fokus på pårørende i oppgaven men kommer til å nevne viktigheten av samarbeid med dem i drøftingsdelen. Vi skal også se på viktigheten av tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonellet. Vi har ikke begrepsforklaring som eget underkapittel i oppgaven fordi vi definerer det i teoridelen.

## 1.4 Oppgavens oppbygning og disposisjon

Vi har delt oppgaven i hovedkapitler og underkapitler. Kapittel 1 inneholder innledning med begrunnelse av valgt tema, problemstilling og oppgavens avgrensning. Kapittel 2 består av metode og hvordan vi har valgt å gå frem ved valg av litteratur og forskningsartikler samt kildekritikk. I kapittel 3 presenterer vi forskningsartikler. Kapittel 4 er teoridelen. Vi presenterer der de ulike temaene vi mener er relevante til å besvare vår problemstilling. I kapittel 5 drøfter vi teori opp mot problemstillingen med hjelp av litteratur, forskning og egne erfaring fra både arbeid og praksis. Vi anonymiserer pasient- situasjonen i drøftingsdelen for ikke å rype taushetsplikten. I § 21 i helsepersonelloven står det at helsepersonell har plikt til å forhindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientens opplysninger (Helsepersonelloven, 2017). Kapitel 6 i oppgaven er konklusjon der vi besvarer problemstillingen. Til slutt kommer litteraturliste og vedlegg.

I oppgaven har vi fulgt retningslinjer for bacheloroppgave for Høgskolen i Innlandet og APA- standard som er oppdatert i Januar 2017.

## 2. Metode

I dette kapitlet presenterer vi hvilken metode det er brukt i oppgaven, fremgangsmåte for litteratursøk og kildekritikk.

Metode er en fremgangsmåte eller et middel til å løse problemer. Det veileder hvordan man kan arbeide systematisk eller fleksibel for å fremskaffe seg kunnskap og løse en eller flere aktuelle problemstillinger. En metode forteller oss hvordan vi kan tilegne oss kunnskap (Dalland, 2012 s.50 ).

Det er to metoder man kan bruke for å undersøke og få svar på et problemstilling, det vil si kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitative metoden handler om å få informasjon som ikke lar seg måle av tall, den går i dybden for å fange opp meninger, erfaringer og synspunkter. Kvantitative metoden er basert av enheter som tall og gir oss muligheten til finne prosentandeler eller statistikk (Dalland, 2014 s.112-114).

Både kvalitative og kvantitative metoder kan være nyttige for å få forståelse for et bestemt problemstilling, samt hvordan man kan samle data og informasjon for å belyse problemstillingen (Dalland, 2014 s.112-114).

### 2.1 Valg av metode

Med et ønske om å få økt kunnskap om temaet smertevurdering og kartlegging hos pasienter med alvorlig demens er vår oppgave en fordypningsoppgave. Det vil si at vi bruker eksisterende litteratur og forskning for besvare vår problemstilling. Vi har valgt å bruke 3 kvalitative forskninger og en oppsummert forskning med innspill av kvantitativ og kvalitativ forskning. Ved kvalitative forskninger går forskere direkte til feltet og samler inn data. Den går i bredden og innhenter lite opplysninger mens ved kvantitative går det i dybden for å finne mange opplysninger.

Vi skal også bruke egne erfaringer til å besvare problemstillingen, i tillegg lover og regler samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.



---

## 2.2 Litteratursøk

For å finne relevante forskningsartikler og litteratur til vår oppgave har vi brukt Høgskolens bibliotek og databaser. Databaser som Cinahl, Svemed+ og Mediline/Pupmed. Vi har brukt PICO-skjema som hjelpemiddel for å strukturere søkeprosessen slik at vi finner gode og relevant søkeord. Vi legger PICO-skjema som vedlegg 1 på slutten av oppgaven. Vi har benyttet søkeord både på norsk og engelsk som demens( dementia), smerter (pain), smertekartleggingsverktøy (pain assesment tools), smertebehandling (pain managment) og sykehjem ( nursing home). Vi legger også vedlegg 2 som er for søkehistorikk.

Vi har funnet 3 relevante forskningsartikler og 1 oppsummert artikkel til vår oppgave. Vi har valgt disse artikler fremfor flere andre fordi vi mener de er relevante til å besvare vår problemstilling og er forsket av kjente forfattere i dette temaet.

Den første er “Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting “. Den er på engelsk, skrevet av Burns og McIlfrick og er fra 2015. Artikkelen er publisert i International Journal of Palliativ Nursing .Vi har funnet artikkelen gjennom Cinahl. Vi har brukt søkeordet Dementia og nursing home og fikk 4300 treff. Deretter avgrenset vi utgivelsesår fra 2010 til 2017 og valgte “Academic Journal”. Vi la til søket ordet pain assesment og fikk 173 treff. Vi valgt denne forskningen på rad 5 fordi sammendraget av artikkelen var tydelig skrevet og fanget vår interesses til å lese mer slik at vi finner ut sykepleierens kunnskap om smertekartleggingsverktøy. Vi hadde ikke tilgang til artikkelen. Derfor tok vi kontakt med bibliotekar og fikk den i papirversjon.

Den andre artikkelen “Pain in patients with dementia: A review of pain assesment and treatment challenges”. Den er på engelsk, skrevet av Husebo, Acheterberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose og Strand i 2012. Artikkelen er publisert i Norsk Epidemiologi. Vi fant denne artikkelen i SveMED med følgende søkeord: dementia, pain and nursing home. Vi fikk 13 treff og artikkelen var på 4 rad, vi valgt den fremfor de andre fordi vi anser den som mer relevant til oppgaven vår. Dette fordi den er oppsummert artikkel med innspill av mange forskjellige forfattere fra flere land i Europa og de norske forskere som var med er også kjente i dette feltet.

Den tredje forskningsartikkelen er på norsk og skrevet av Jensen, Tingvoll og Lorem: “Smertebehandling til personer med langtkommen demens” . Den er fra 2013. Artikkelen er

---

publisert i Geriatrisk Sykepleie. Vi fant artikkelen i SveMED med søke ordet Dementia, pain and nursing home. Vi fikk 12 treff og artikkelen på 3.rad. Vi har valgt denne artikkelen fordi vi mener at den var oversiktlig og tittelen fanget opp vår oppmerksomhet fordi det handlet om pasienter med langtkommen demens, som altså er i den siste stadiet av sykdommen og er denne gruppen vi fokuserer i oppgaven vår.

Den fjerde forskningsartikkelen fant vi på SveMED. Den heter “Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer” og er skrevet av Lillekroken og Slettbo i 2013. Artikkelen er publisert i Vård i Norden. Vi brukte følgende søkeord: demens og smertekartlegging. Vi fikk da kun dette ene treffet og valgt fordi det er relevant til å besvare vår problemstilling samt at vi leste de forskjellige utfordringene og dilemmaer som sykepleier møter ved smertekartlegging og lindring hos pasienter med alvorlig demens.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som benyttes for å finne ut om forskningsartikler eller andre kilder som er brukt i en oppgave er troverdige, pålitelige og relevante for å besvare en problemstilling (Dalland, 2014, s. 67).

Forskningsartiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave har vi funnet gjennom bruk av Høgskolens database som Høgskolens bibliotek har tilgang til, derfor vurderer vi disse som pålitelige. Vi så etter hvem forfatterne er og hvilket vitenskapelige tidsskrift de er publisert i. Vi har søkt i kunnskapssenteret og gått gjennom sjekklister for å vurdere at forskningsartiklene og den oppsummerte artikkelen vi har funnet er troverdige. På de kvalitative forskningsartiklene brukte vi ”Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning” og den oppsummerte artikkelen brukte vi ”Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel”. Både forskningsartiklene og den oppsummerte artikkelen bygger på studier med klart formulert formål som er egnet til å kunne belyse vår problemstilling. De fyller også de øvrige kriteriene i de respektive sjekklister. Vi vurderer derfor at de kan være til hjelp for å besvare på vår problemstilling.

Vi har valgt litteratur som omhandler problemstillingen. Kildene vi har valgt er pensum- og selvvalgte bøker, og i tillegg til forskningsartiklene har vi også valgt relevante artikler fra Tidsskrift for Den norske legeforening og Sykepleien som vi skal bruke i drøftingsdelen.

Disse har vi vurdert ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv og mener at de gir troverdig og utfyllende tilleggsmateriale til å belyse vår problemstilling.

I begynnelsen av oppgaven var det vanskelig å finne selvvalgt litteratur av nyere dato da de var utlånt på Høgskolens bibliotek, derfor brukte vi i oppgaven noen litteratur som er eldre enn 10 år. Vi mener at selv om de ikke er de nyeste er innholdet allikevel like troverdig for å kunne bidra til å besvare vår problemstilling. Vi har valgt bøker ut ifra tittel og kjente forfattere innenfor vår tema og med dette anser vi den selvvalgte litteraturen som pålitelig.

Vi har benyttet både primære og sekundære kilder. Primærkilder er når forfatteren selv presenterer sitt eget arbeid mens sekundærkilder er fortolkning og analysert presentasjon av den primære (originale) kilden (Dalland, 2014 s. 86). For eksempel i vår oppgave har vi benyttet Marit Kirkevold sin bok om ”*Sykepleieteorier – analyse og evaluering*” for å beskrive Kari Martinsens teori. Boken er sekundærkilde da Martinsens bok, som er primærkilde, var utlånt i biblioteket. Ulempen ved bruk av sekundærkilde er at teksten blir tolket og gjengitt av andre forfattere og kan gi feil informasjon (Dalland, 2014 s. 86).

Vi har i tillegg benyttet aktuelle lover og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Vi har hentet statistikk om sykdommen demens fra “Demensplan 2020.” Et mer demensvennlig samfunn” Helse- og omsorgsdepartementet.

### 3. Presentasjon av funn

Disse forskningsartikler er relevante til å besvare vår problemstilling.

#### 3.1 Michelle Burns og Sonja McIlfartick (2015): Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in nursing home.

*Hensikt:* Undersøke sykepleiernes kunnskap og holdninger i møte med alvorlig demens pasienter som bor på sykehjem.

*Metode:* Kvalitativ forskning der 3 seksjoner av spørreskjema ble benyttet. Det var 96 sykepleiere fra 17 ulike sykehjem i Storbritannia som deltok. Det var avkryssing og åpne besvarelse.

*Funn:* 32 av 96 sykepleiere hadde god kunnskap om hvordan de skal håndtere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens sykdom. Men de fleste sykepleierne var usikre vedrørende smertekartlegging og hva slags verktøy dem bør bruke for å håndtere smerter hos pasienter med alvorlig demens. Forskningen viste at det er for lite bemanning og stor belastning for sykepleierne på sykehjem, for lite støtte fra medisinsk tilsyn og dårlig tid. Det var da en stor utfordring for sykepleierne å kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.

*Konklusjon:* Forskningen konkluderer med at det er stort behov for å øke kunnskap rundt sykepleiere om hvordan smerte hos eldre pasienter med alvorlig demens skal kartlegges.

### 3.2 Husebo, Actherberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose og Strand (2012): Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges.

*Hensikt:* Å presentere oppsummering av forskningsartikler om smertekartlegging og lindring hos pasienter med demens. Det blir presentert hvor mye disse pasientene lider daglig og hva slags fordeler og ulemper har bruken av analgetika. Å presenterer ulike smertekartleggingsverktøy for smertebehandling hos pasienter med demens.

*Metode:* Oppsummert forskningsartikkel fra forskjellige land i Europa.

*Funn:* Pasienter med demens har høy risiko for å bli ubehandlet og undervurdert på grunn av deres kommunikasjonsevne og hukommelse er redusert. Denne pasientgruppens smerter blir ikke ivaretatt på lik linje som alle andre pasienter. Dette fører til at den pasientgruppen blir utagerende i atferd som et resultat av smerter. Bruken av analgetika har økt på sykehjem, men det er allikevel ingen garanti for at rette pasient for rett medisinerer. Oppsummeringen har presentert relevante smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens blant annet CNPI, Doloplus -2 og MOBID-2. Verktøyene er enkle å bruke men krever opplæring, tid og riktig administrering.

*Konklusjon:* Artikkelen konkluderer med at det er fremdeles behov for videre forskning på dette tema, da smertevurderingsskjema alene ikke er nok til å iverksette smertebehandling.

### 3.3 Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013): Smertebehandling til personer med langtkommen demens.

*Hensikt:* Fokuserer på sykepleierens erfaringer ved å vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens og språkvansker på sykehjem.

*Metode:* En norsk kvalitativ forskningsartikkel der 5 sykepleiere ble intervjuet Individuell med støtte av en intervjuguide. 4 av sykepleierne jobbet på spesiell avdeling for pasienter med demens mens 1 arbeidet på somatisk avdeling. Temaer som ble tatt opp i intervjuene

---

var blant annet utfordringer i å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens, videreformidling av observasjoner og bruk av kartleggingsverktøy.

*Funn:* Vurdering og oppdagelse av smerter hos pasienter med demens er utfordrende på grunn av vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk. Problemet forsterkes av pleiepersonell med manglende fagkunnskaper om demenssykdom og manglende samarbeid mellom helsefaggrupper. Lederne må sørge at ufaglært helsepersonell får nødvendig opplæring om demens. Studien viser at det er tre grunnleggende tema som er knyttet til god smertebehandling. Det er 1) prøve og feile, 2) betydningen av tverrfaglig samarbeid og 3) betydningen av faglig kunnskap. Smertebehandling kan føre til både underbehandling og overbehandling som konsekvens av feiltolking av pasientene.

*Konklusjon:* Forskingen konkluderer med at flerfaglig samarbeid, samarbeid med pårørende og bruk av kartleggingsverktøy er med å bidra til en god vurdering av smerter hos pasienter med langtkommen demens.

### 3.4 Lillekroken og Slettbø (2013) : Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.

*Hensikt:* Å utforske rundt sykepleierens erfaringer og opplevelser når det gjelder kartlegging og smertelindring hos pasienter med demens og hvilken utfordringer dette gir til sykepleier i den daglige omsorgen for pasientene.

*Metode:* En norsk kvalitativ forskningsartikkel der det ble benyttet fokusgruppeintervjuer av 18 sykepleiere som ble fordelt i 3 ulike grupper med henholdsvis 6, 5 og 7 i gruppen. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet. Sykepleierne i 2 av gruppene var ansatt på geriatrisk avdeling ved to ulike sykehus. Den siste gruppen var ansatt ved en skjermet enhet ved et sykehjem i Norge.

*Funn:* Sykepleiere har gode kunnskaper om smertelindring men mangelfull kunnskap om smertekartlegging hos pasienter med demens. Ingen av deltakerne hadde kjennskap og kunnskap til smertekartleggingsverktøy.

*Konklusjon:* Forskingen konkluderer med at det er stor utfordring for sykepleiere

å kartlegge smerter hos pasienter med demens. Dette fører til at pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring da deres verbale kommunikasjonsevne for å uttrykke sine smerter er redusert. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy kan øke effekten av smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens.

## 4. Teori

I dette kapittelet starter vi med å presentere teorien som er relevant for å besvare vår problemstilling. Først skal vi ta for oss sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes syn på sykepleier- og pasient forhold. Videre skal vi presentere omsorgsteorien til Kari Martinsen. Vi tar også med annen teori vi mener er relevant for å kunne besvare vår problemstilling – teori som er relatert til demens, smerter, kommunikasjon, etikk, samt lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

### 4.1 Presentasjon av sykepleieteoretikere

Sykepleieteori forteller hvordan en sykepleie er eller bør være. Hovedmålet med sykepleieteori er å formulere en sykepleiefaglig identitet slik at det skiller seg fra andre fagområder (Kirkevold, 2011, s.64). Det er både uenighet og enighet mellom de ulike sykepleieteoretikerne. Derfor i vår oppgave har vi valgt å benytte både sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og Kari Martinsen slik at vi ser på de perspektivene som er nødvendig til å besvare problemstillingen vår. Vi mener at teorien til Travelbee om menneske-til-menneske forholdet og Martinsens omsorgsteori er relevant til å besvare problemstillingen i oppgaven.

### 4.2 Joyce travelbee

Joyce Travelbee ble født 1926 i New Orleans i USA. Hun var psykiatrisk sykepleier. Travelbees teori er bygget opp på eksistensialistiske menneskesyn, på det faktum at opplevelse av smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet (Kristoffersen, 2011, s. 213-216). Sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke og lidende personen til å finne mening i situasjonen pasienten befinner seg i (Travelbee, 2011, s. 29).

#### 4.2.1 Menneske til menneske forholdet

Travelbee hevder at for at sykepleieren skal hjelpe den syke og lidende pasienten må et menneske-til-menneske forhold være etablert (Travelbee, 2011, s. 171). Menneske til



---

menneske forholdet etableres ved at sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg som unike menneskeindivider og ikke som “sykepleier og pasient” (Travelbee, 2011, s. 171). Hun definerer at et menneske-til-menneske forhold primært er en erfaring som finner sted mellom sykepleier og den hun har omsorg for– den syke. I følge Travelbee må sykepleieren vite hva må gjøres, tenker, føler og erfarer for at et menneske-til-menneske forhold skal etableres. Hun påpeker at forholdet ikke bygges på et døgn, men gjennom interaksjonsprosess og god tid. Interaksjonsprosessen består av det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og medfølelse. Sykepleieren må være bevisst i sitt møte med pasienten og på at det ikke er sykepleier alene som bygger forholdet men at det skjer sammen med pasienten. Men det er sykepleierens som har ansvar for å etablere og opprettholde forholdet.

Hovedkjennetegnet ved et menneske-til-menneske forhold er at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 2011, s. 177). Sykepleiebehov er behovet hos den syke pasienten som sykepleieren må oppfylle og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Dersom pasientens sykepleiebehov blir oppfylt, hjelper sykepleieren pasienten til å mestre sykdom og lidelse ifølge Travelbee. For å ivareta pasientens sykepleiebehov, må sykepleieren gjennom menneske-til-menneske forholdet være bevisst med hensyn til sine observasjoner i møtet med pasienten. Sykepleieren kan ikke alltid basere seg på at den syke vil si ifra om sine behov, men sykepleieren må bruke systematisk observasjon av den sykes atferd for å se hvorvidt det foreligger sykepleiebehov hos pasienten.

Ut i fra dette mener Travelbee at sykepleieren raskt skal kunne kartlegge pasientens behov ved bruk av sine observasjoner, kommunikasjonsferdigheter og pasientens datasamling slik at pasienten får en hensiktsmessig behandling samtidig som sykepleieren samarbeider med lege og kollegaer. Travelbee fokuserer på at sykepleieren skal se det syke mennesket og ikke diagnosen når det er signaler om sykepleiebehov (Travelbee, 2011, s. 177-184).

#### 4.2.2 Lidelse og smerte

Lidelse er en erfaring som oppleves av individet. Travelbee påpeker at hvert enkelt menneske opplever lidelse på sin egen unike måte og at det er en felles livserfaring som rammer alle mennesker (Travelbee, 2011, s. 98). Ordet lidelse kan i henhold til Travelbee brukes i forhold til opplevelse av enten psykiske og/eller fysiske smerter. Smerte og lidelse er en ensom erfaring som oppleves kun av individet. Det er vanskelig å formidle

---

smerteerfaringer til andre mennesker og da blir det også vanskelig å forstå pasientens smerte. Derfor blir det en utfordring for andre å vurdere smertens intensitet, grad, lokasjon, årsak og varighet (Travelbee, 2011, s. 112-113).

### 4.3 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som er født i 1943. Hun har stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia (Kirkevold, 2012, s. 168).

Martinsens teori er basert på begrepet omsorg – omsorgen et mennesket har til et annet. Omsorg handler om de konkrete handlingene som blir utført, måten de blir utført på og hvordan sykepleieren forholder seg i situasjonen (Ålsvåg, 2011, s. 418-419).

Martinsen hevder at omsorg er det meste fundamentale ved menneskets eksistens (Kirkevold, 2011, s. 169). Vi mennesker er avhengig av hverandre, spesielt når en er utsatt for sykdom, lidelse eller skade der en trenger hjelp fra andre. Hun er opptatt av sykepleie til pasienter som lider, er svake og avhengige av omsorg (Kirkevold, 2011, s. 176). Hun deler omsorgsbegrepet i tre dimensjoner: relasjonell, praktisk og moralsk omsorg.

#### 4.3.1 Relasjonell omsorg

Kjennetegnet ved relasjonell omsorg er mellommenneskelig forhold mellom to mennesker basert på en form for gjensidighet, felleskap og solidaritet (Kirkevold, 2011, s. 171). I følge Martinsen er det nødvendig for sykepleieren å engasjere seg og vise interesse for pasienten, sykepleieren må være villig til å sette seg i pasientens situasjon, slik at sykepleieren finner ut hva som er pasientens sykepleiebehov (Kristoffersen, 2014, s. 254). Martinsen påpeker for at sykepleier og pasient skal kunne forstå hverandre må det være noe som binder dem sammen i en type felleskap i dagligverdenen (Kirkevold, 2011, s.171). Det innebærer at sykepleieren og pasienten bytter posisjon, der sykepleieren forstiller seg pasientens situasjon. Dette vil gi en felles forståelse som kan underbygge felleskap og solidaritet (Kirkevold, 2011, s. 171). Martinsen mener at med solidaritet skal sykepleier ikke sette verdier som uavhengighet eller selvstendighet høyest (Kristoffersen, 2014, s. 251). Martinsen er opptatt av de svake pasientene, de hjelpetrengende, og mener at solidaritet er omsorgens og sykepleiens grunnlag. Hun mener at sykepleieren ikke skal forvente seg noe gjengjeld for

---

omsorgsytelsen til den svake (Kristoffersen, 2014, s. 251).

### 4.3.2 Praktisk omsorg

Martinsen understreker at omsorg er en praktisk handling. Ved at sykepleieren forstår pasientens situasjon, vil det bli lettere å vite hva som vil være det beste og konkrete handlingene sykepleieren skal yte til pasienten (Kirkevold, 2011, s. 173). Martinsen mener at sansing er grunnleggende for all forståelse (Kirkevold, 2011, s. 174). Ved bruk av sansene, som for eksempel bruk av synet til observasjon, hørsel til å lytte pasienten og håndlag til å berøre pasienten, vil sykepleieren få en forståelse av pasientens situasjon. Dette fører til at sykepleieren ser pasientens opplevelse av situasjonen helhetlig fra sin side og tar imot og tolker de inntrykkene pasientene gir (Kristoffersen, 2014, s. 255). Dette kaller Martinsen *faglig skjønn*.

### 4.3.3 Moralsk omsorg

Martinsen framhever at sykepleieren må lære seg å handle moralsk. Hun mener at det moralske består av å være i bevegelse fra seg til den andre slik at sykepleieren handler til den andres beste (Kristoffersen, 2014, s. 256). Hun påpeker at sykepleieren må møte pasienten spontant og uten baktanker. Sykepleier må vite hvor mye ansvaret hun/ han skal ta under omsorgen til den svake, og håndtere det å ha makt. Makten sykepleier har er kunnskapen som pasienten ikke har. Når sykepleieren forstår pasientens lidelse, deltar i pasientens lidelse og setter seg i deres situasjon gjennom sansing vil sykepleier utøve den beste konkrete handlingen for pasienten ut ifra sin faglige vurdering. Dette er ifølge Martinsen “god sykepleie” ( Kirkevold, 2011, s.177).

## 4.4 Demens

I følge Rokstad (2009) er demens en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Demens kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Fysiske skader og sykdommer i hjernen kan føre til demens (Berentsen, 2008, s. 45).

---

Videre i oppgaven skal vi presentere de vanlige symptomene ved demens og de gradene de inndeles i.

#### 4.4.1 Symptomer på demens

Symptomer på demens deles i tre hovedgrupper: kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (Rokstad, 2009, s. 40). Disse vil opptre i ulike grad og form hos hver enkelte pasient (Rokstad, 2009, s. 40).

*Kognitive symptomer:* Evnen til oppmerksomhet blir redusert tidlig i utviklingen av sykdommen. Pasienten klarer ikke å skille mellom viktig og uviktig stimulering (Engedal & Haugen, 2016, s. 19). Senere utvikler pasienten neglekt. Neglekt er svekket oppmerksomhet for stimulering av den ene siden av kroppen. Neglekt kan opptre enten som manglende oppmerksomhet for stimuli fra egen kropp, som for eksempel smerte eller berøring (Engedal & Haugen, 2016, s.19-20. Den andre måten det kan opptre på er visuelt, det vil si manglende oppmerksomhet for synsinntrykk fra den ene siden, som for eksempel å overse noe (Engedal & Haugen, 2016, s. 20).

Typisk kognitivt symptom ved demens er redusert hukommelse og læringsevne. Hukommelse kan deles inn i korttids- og langtidshukommelse. Korttidshukommelse er evnen til å huske et forhold som har skjedd fra noen sekunder opp til et minutt siden. Langtidshukommelse derimot er hukommelsesevnen om noe som har skjedd for minutter, dager eller år siden (Engedal & Haugen, 2016, s.20).

Språkvansker (afasi) er et annet kognitivt symptom som er vanlig ved demens. Demenssykdommen fører til at språksenteret i venstre hjernehalvdel blir skadet. Svikten i språksenteret kan føre til at pasienten får nedsatt evne til å uttrykke seg, produsere ord, oppfatte eller forstå det andre sier (Engedal & Haugen, 2016, s. 23-24).

*Atferdsmessige symptomer:* Angst forekommer hyppig hos pasienter med demens, da de mister evnen til å forstå egen situasjon og hvor de befinner seg. Dette kan skape indre uro som kan føre til redsel og engstelse som kan utløse angst (Engedal & Haugen, 2016, s. 29).

Depresjon sees ofte hos pasienter med mild og moderat grad av demens. For dem med alvorlig demens er det vanskelig å stille diagnosen depresjon da det er vanskelig å kommunisere med dem om hvordan de har det. Sinne, irritabilitet, uro og roping kan være

---

en måte de kan formidle sin depressivitet på (Engedal & Haugen, 2016, s. 30). Årsaken til at personer med demens opplever depresjon kan være sorg over tap av sine tidligere funksjoner eller hjerneskader som utløser endringer i samspillet mellom ulike signalstoffer (Engedal & Haugen, 2016, s. 30).

Andre atferdsmessige symptomer ved demens er passivitet, rastløshet, irritasjon, utagering og roping (Engedal & Haugen, 2016, s. 32-34). Pasienter med demens kan oppleve å bli passive på grunn av interesseløshet som kan skyldes hukommelsessvikt. De kan bli rastløse og kan vandre frem og tilbake. Irritasjon og utagerende atferd kan opptre og årsaken kan være skader i hjernen på grunn av sykdommen. Roping kan være en type for kommunikasjon hos pasienter med alvorlig demens (Engedal & Haugen, 2016, s. 32-34).

*Motoriske symptomer:* Evnen til å koordinere bevegelser svikter ved alvorlig demens. Det opptrer svikt i balanse, beregne avstander og samordning av muskulaturen til hensiktsmessige bevegelser (Engedal & Haugen, 2016, s. 34). Dette kan føre til økt risiko for fall og skade hos pasientgruppen (Berentsen, 2008, s. 70).

#### 4.4.2 Grader av demens

Demens utvikler seg individuelt og graderes i mild, moderat og alvorlig demens (Rokstad & Smeby, 2009, s. 39).

*Mild:* I denne fasen er personen glemsom. Det viser personen som er rammet ved å glemme avtaler, betale regninger og handle. Det blir vanskelig for vedkommende å ha tidsperspektiv og å følge med på klokka og kalenderen. Glemsomheten påvirker både personen selv og pårørende (Berentsen, 2008, s 48). Personen opplever vanskeligheter med daglig gjøremål som for eksempel påkledning, matlaging og rydding. I denne fasen kan personen klare seg selv hjemme med litt tilrettelegging, påminnelser og hjelp (Berentsen, 2008, s 48).

*Moderat:* I denne fasen er hukommelsen redusert og personen mister taket på tilværelsen. Vedkommende klarer ikke å ta valg eller løse oppgaver på grunn av redusert hukommelse. Mange daglige gjøremål blir kompliserte som påkledning, matlaging og klesvask. Personen får kommunikasjonsproblemer, nedsatt evne til å sortere sanseintrykk og nedsatt orienteringsevne i forhold til sted, tid og situasjoner. Dette fører til at vedkommende opplever tilværelsen som kaotisk og kan utvikle psykiske forstyrrelser som angst, depresjon og forvirring (Berentsen, 2008, s. 48).

---

*Alvorlig:* I denne fasen husker personen deler av opplevelses fra tidligere i livet og familiemedlemmer kan bli ugjenkjennbare. Vedkommende klarer ikke å orientere seg for tid, sted og situasjoner. Det blir vanskelig å forstå hva andre sier og ordforrådet er svært begrenset. Personer i denne fasen har behov for omsorg og er avhengige av hjelp i døgnet rundt (Berentsen, 2008, s. 48).

## 4.5 Smerter

Smerter er et fenomen som påvirker mennesker ulikt uavhengig av diagnose, kjønn eller alder på personen. Videre kan smerte være en trussel for den som er påvirket når pasienten begynner å tenke og analysere hva som kan være smertens- årsak (Nortvedt & Nesse, 1997, s. 15-16). Smerte er symptom på en rekke vanlige sykdommer, både akutte og kroniske tilstander, men blir også betegnet som en sykdom i seg selv ( Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 137).

McCaffrey (1986) definerer smerte slik : *“Smerte er det som personen sier at det er , og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte”* (McCaffrey & Beebe, 2007, s. 18). Ut ifra denne definisjonen forstår vi at smerter er subjektive hvor kun hver enkel pasient selv kan forklare og beskrive deres opplevelse av smerter. Denne definisjonen gjenspeiler et helhetlig menneskesyn og er et viktig grunnlag for sykepleierens vurdering i møte med eldre personer med smerter ( Bjørø & Torvik, 2008, s. 334).

### 4.5.1 Ulike typer smerte

Smerter skilles mellom akutte og kroniske smerter. Akutte smerter er kortvarige og opptrer plutselig. Eksempler på akutte smerter er kuttskader, brudd og kirurgi. Akutte smerter kjennetegnes ved at de avtar når årsaken blir identifisert (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 360).

Kroniske smerter er langvarige og opptrer ofte daglig og varer mer enn 3 måneder (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 360). Kroniske smerter blir utløst av en skade eller sykdom. Eksempler på kroniske smerter er rygg smerter, fibroomyalgi og slitasjegikt (Bjørø & Torvik, 2008, s. 336).

Smerter deles inn igjen i ulike typer som er nociseptive, nevroptiske, idiopatiske og

---

psykogene smerter. *Nociceptive smerter* er ofte akutte smerter som oppstår ved akutte skader, voksende kreftsvulst og ved revmatiske tilstander når sykdommen er aktiv (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 360). *Nevropatiske smerter* oppstår på grunn av nerveskader i sentralnervesystemet eller det perifere nervesystemet, og smertene opptrer for eksempel som følge av kirurgiske inngrep, strålebehandling og kroniske inflammatoriske sykdommer (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 361). *Idiopatiske smerter* er smerteopplevelse som pasienten opplever uten at det er påvist vevskade og uten at pasienten har en psykisk lidelse som kan gi smerte. *Psykogene smerter* er tilstander som ses dersom pasienten har en psykiske lidelser eller sykdom der smerte er et viktig symptom (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 360).

#### 4.5.2 Smerte hos pasienter med alvorlig demens

En studie av Nygaard og Jarland viser at 45-80 % av alle pasienter som bor på sykehjem har smerteplager. Forskning viser også at pasienter med demens får mindre smertelindring enn kognitivt friske pasienter (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Dette er fordi pasienter med alvorlig demens ikke er i stand til å angi deres opplevelse av smerter og be hjelp på grunn av deres reduserte evne til å uttrykke seg (Bjøro & Torvik, 2008, s. 334). Når pasienter ikke klarer å uttrykke seg verbalt vil smertene kunne komme til uttrykk gjennom atferd (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Slike atferdsendringer kan være tilbaketrekking, uro, vandring eller sinne. Disse atferdsendringer kan vise seg på sykdommen demens og derfor vil det bli utfordrende for sykepleieren å skille mellom hva er demens sykdom atferd og smerte atferd og dette fører til at pasientens behov ikke blir ivaretatt (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

#### 4.5.3 Konsekvens av smerte

Smerter hos eldre som ikke blir oppdaget eller behandlet effektivt kan forårsake helsemessige konsekvenser hos pasienten og medfører redusert livskvalitet (Bjøro & Torvik, 2008, s. 335). Smertene kan blant annet føre til økning av atferdsproblemer, forstyrrelser, inaktivitet, reduksjon av ernæring og sosiale aktiviteter (Husebø, s 2016, s. 489).

---

#### 4.5.4 Smertevurdering

Vurdering av smerte er en viktig sykepleieoppgave. Slik vurdering er avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring og for at sykepleieren får informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet, variasjon og varighet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 362).

Pasienter med demens føler frykt, da de ikke klarer å uttrykke årsaken til sine smerteopplevelser. Derfor vil observasjonsbaserte smertevurderingsmetoder være nødvendig (Rokstad, 2009, s. 193). Sykepleier må være observant på atferdsendringer hos pasienten, som ansiktuttrykk, verbale uttrykk, bevegelse, endring i kontakt med personalet, endringer i aktivitetsmønster og mental status (Rokstad, 2009 s. 193). Ansiktuttrykkene pasienten kan vise er for eksempel pannerynkning, rask blinking, tristhet eller redsel. Verbale uttrykk kan være utrop, messing, synging, banning og støyende pustning. Ved bevegelse kan pasienten vise uro, mye vandring, agitasjon, vugging og endret ganglag eller holdning. Pasienten kan begynne å motsatte seg hjelp til stell, bli utagerende eller trekke seg tilbake. Endring av aktivitetsmønster kan oppstå, som søvnløshet, nekte å spise, hvile lengre enn vanlig og plutselig endring av normale rutiner eller aktiviteter pasienten gjorde tidligere. Mental status endrer seg og gir seg utslag i økt forvirring, irritabilitet og gråt (Rokstad, 2009, s. 193).

Hos pasienter med alvorlig demens er det vanskelig å skille mellom deres smerteatferd og psykiske symptomer som er relatert til sykdommen. Derfor smerteatferd kan ligne på demensatferd. På grunn av dette, kreves det systematisk smertevurdering basert på pasientens smerteatferd som skiller seg fra atferd relatert til demens. En feilvurdering av atferden kan føre til underbehandling av smerte eller overbruk av antipsykotika eller antidepressive (Husebø, 2016, s. 490). Det er utfordrende å kartlegge pasientens smerter grundig og nøyaktig, derfor anbefales det bruk av hjelpemidler som kartleggingsverktøy (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 362).

#### 4.5.5 Smertekartleggingsverktøy

Studier viser at pasienter med demens er sårbare og utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling (Bjæro & Torvik, 2008, s. 341). Det er utfordrende for sykepleier å kartlegge deres smerter på grunn av deres reduserte kommunikasjonsevne.



---

I de siste årene er det utviklet flere skjemaer for kartlegging av smerte hos pasienter med moderat til alvorlig demens som ikke klarer å uttrykke seg verbalt (Bjørø & Torvik, 2008, s.341). Skjemaene er basert på observasjon av atferd. Disse er blant annet Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), Doloplus -2 og Mobilization-Observation-Behavior-Intensity (MOBID -2).

CNPI er et verktøy som er egentlig utviklet for pasienter med hoftebrudd i den akutte fasen. Da skjemaet ble testet blant eldre i norske sykehjem viste det seg å ha tilfredsstillende pålitelighet (Bjørø & Torvik, 2008, s. 342). Skjemaet består av seks atferdsbaserte smerteindikatorer for å registrere smerteatferd. Disse er ansiktsgrimaser, verbale klager og non-verbale uttrykk, klamring, uro eller gniing av det smertefulle området (Galek & Gjertsen, 2011). Skjemaet er kort, enkelt og kan brukes av hele personalgruppen i sykehjemmet. Smerteatferden skal kartlegges i hvile eller i aktivitet og på hvert punkt skåres det fra 0 til 10. Skjemaet har gode instruksjoner men det mangler hvordan resultatet skal tolkes og anvendes i klinisk praksis (Galek & Gjertsen, 2011). Dette verktøyet viser kun om smerte er tilstede eller ikke og mangler de tre vanligste smerteatferdsindikatorerne som forandring i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling (Galek & Gjertsen, 2011).

Det er ikke anbefalt å bruke dette skjemaet dersom pasienten har mindre vanlige atferdsmessige smerteuttrykk fordi smertene vil ikke bli lett å oppdage (Bjørø & Torvik, 2008, s. 342).

Doloplus -2 er et fransk skjema som er utviklet for kartlegging av smerter hos barn. Det ble videreutviklet for å kartlegge smerter hos eldre pasienter som ikke klarer å selvrappportere sine smerter på grunn av kognitive svekkelse (Galek & Gjertsen, 2011). Skjemaet består av tre punkter som er somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer. De somatiske plagene observeres ut i fra ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykososiale reaksjoner observeres etter atferdsproblemer og endringer i kommunikasjon og sosialt liv. Psykomotoriske endringer observeres i forhold til nedsatt funksjon i stell og forflytning (Galek & Gjertsen, 2011). På hvert punkt blir det skåring fra 0-5. Dersom pasienten skårer over 5 kan det indikere smerter og pasienten må da utredes videre ( Galek & Gjertsen, 2011). Dette verktøyet er validert og vurdert til bruk i klinisk praksis (Galek & Gjertsen, 2011). Skjemaet er et nyttig hjelpemiddel, men enkelte av observasjonsområdene kan være vanskelige å tolke spesifikt som smerteuttrykk (Bjørø &

---

Torvik, 2008 s. 342).

MOBID 2 er et verktøy som er utarbeidet av norske forskere og består av to deler. Verktøyet består av to deler. Del 1 handler om pasientens atferd ved mobilisering, som ansiktsuttrykk og smertelyder. Sykepleier skal observere pasientens ansiktsuttrykk ved å guide pasienten gjennom bevegelser som bøy og strekk av hender, snu pasienten til sidene og sette seg opp i seng (Galek & Gjertsen, 2011). Pleieren vurderer fortløpende pasientens respons under disse bevegelsene, som det å lage lyd, skjære ansiktsgrimaser og beskytte seg. Mobilisering avsluttes dersom man observerer disse og pasienten får smerter vurdert etter en skår fra 0 til 10, der 0 er ingen smerter og 10 er verst (Galek & Gjertsen, 2011). Her er det smerter relatert til muskulatur, ledd og skjelett mens del 2 handler om smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud (Husebø, 2009). På del 2 bruker pleieren en kroppsskisse for å lokalisere hvor smerter sitter, og tegner. Det er viktig at en som kjenner pasienten godt bruker dette verktøyet og vurderer helhetlig pasientens smerter på begge skjemadelene (Husebø, 2009). Dette verktøyet er reliabelt og kan brukes i klinisk praksis (Husebø, 2009).

Alle disse kartleggingsskjemaene vil vi legge som vedlegg 3, 4, og 5 i slutten av oppgaven. Det pågår fortsatt mye forskning for å utvikle verktøy som kan hjelpe sykepleierne til å registrere smerter hos pasienter med demens som ikke har evnen til å uttrykke seg verbalt. Det er viktig for sykepleiere å følge med kontinuerlig for å finne skjemaer som er relevante, valide og reliable til denne pasientgruppen (Bjørø & Torvik, 2008, s. 342).

## 4.6 Kommunikasjon

I følge Eide & Eide (2008) defineres kommunikasjon som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Det må være minst to parter i kommunikasjonsforholdet og man kan kommunisere med ulike tegn og signaler slik at et felles budskap blir forstått. De ulike signalene og tegnene kan enten være verbale eller non-verbale. Derfor må de tolkes underveis av begge parter slik at en forstår hva den andre uttrykker (Eide & Eide, 2008, s. 17-18).

### 4.6.1 Kommunikasjon med alvorlig demens pasienter

Demens medfører svikt i kognisjon og kommunikasjon. Både sender- og mottakerfunksjonen, evnen til å forstå og til å gjøre seg forstått, blir påvirket (Henriksen,

---

2006, s. 95) Pasienter med alvorlig demens har kommet i det siste stadiet av sykdommen, der deres kommunikasjonsevne blir redusert, fragmentert og forvrengt slik at det blir vanskelig for pasienten å formidle egne behov og ønsker (Henriksen, 2006, s. 96 ). Den verbale kommunikasjonen blir utfordrende mens den none-verbale fortsatt er funksjonell og blir viktigere i dette stadiet. Det none-verbale er det ikke-språklige: mimikk, kroppsholdninger, bevegelser, berøring og stemmebruk ( Solheim, 2015, s. 202 ). Sykepleier må kommunisere tydelig med pasienten slik at ordet blir forsterket med kroppsspråket. Kontinuitet og en god stabil relasjon mellom pasient og sykepleier har stor betydning for en god og tillitsfull kommunikasjon (Berentsen, 2008, s.140-144).

## 4.7 Lovverk og retningslinjer

I dette kapitlet skal vi presentere de forskjellige lovene og retningslinjene som gjelder både for helsepersonell og for pasienten. Vi har kun valgt ut de som er relevante i forhold til vår problemstilling.

### 4.7.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7). Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 5). De yrkesetiske retningslinjene består av 6 hovedpunkter men vi har valgt kun deler av punkt 1, 2 og 4 da disse er relevante for vår problemstilling.

Det første punktet i de yrkesetiske retningslinjene handler om sykepleie og profesjonen. Det står at sykepleie skal bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Videre skal sykepleieren erkjenne sine grenser for egen kompetanse og arbeide innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7).

I det andre punktet er det fokus på sykepleieren og pasienten. Det står at sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. Helhetlig omsorg omfatter psykiske, fysiske, åndelig/eksistensielle og sosial behov. Det er sykepleier som har ansvar

for å lindre lidelser og bidra til at pasienten får en naturlig og verdig avslutning på livet (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8-9).

Det fjerde punktet omhandler sykepleieren og medarbeidere. Der står det at sykepleieren skal bidra med åpenhet og godt tverrfaglige samarbeid med alle deler av helsetjenesten. For eksempel samarbeide med leger, andre sykepleiere, helsefagarbeidere, altså helsepersonell.

#### 4.7.2 Lov om pasient og brukerrettighetsloven

I henhold til §1-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter er formålet med loven å ivareta respekt for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2016). Videre presiseres det i § 2 at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse-og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2016).

#### 4.7.3 Lov om helsepersonell

I følge lov om helsepersonell § 4 skal helsepersonellet utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonell loven, 2017)

## 5. Drøftning

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan sykepleiere kan vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens i sykehjem. Vi skal drøfte dette ved bruk av forskningsartikler, teori og egne erfaringer.

Vi kommer til å bruke egen erfaring og kaller det pasientsituasjon når vi drøfter det i fleste punktene nedenfor i oppgaven. På praksis i skjermet avdeling for pasienter med alvorlig demens har vi møtt mange ulike situasjoner men dette pasientsituasjonen gjorde et stort inntrykk på oss.

*Herr P. M var urolig, ropte hele tiden og nektet hjelp ved stell. Han ble ofte irritert og slo etter oss når vi prøvde å hjelpe han i stell. En av sykepleierne mente at det hadde vært utfordrende å hjelpe ham i den senere tid og at årsaken kunne være forverring av demenssykdommen. En annen sykepleier mente derimot at det kunne være både det, eller at pasienten hadde smerter som han ikke klarte å uttrykke verbalt.*

### 5.1 Sykepleierens møte til pasienten med alvorlig demens og smertepåvirket i sykehjemmet

Sykepleiere har et stort ansvar og det er forventet at de skal utføre arbeidet på en faglig og forsvarlig måte i samsvar med omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2017). Norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere støtter dette med at en sykepleier må oppholde seg oppdatert og tilegne seg kunnskap i eget fagområde (Norsk sykepleier forbund, 2011). Pasienter med alvorlig demens blir innlagt på sykehjem fordi de har behov for omsorg og er avhengig av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2008, s.48). Det er da sykepleierens ansvar å ivareta pasientens integritet, menneskeverd og gi dem et verdig tjenestetilbud (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2016).

Travelbee (2011) beskriver at opplevelse av smerte er selv-lidelse. Sykepleiere har ansvar for å lindre lidelser og bidra til at pasienten får et naturlig og verdig liv frem til døden inntreffer (Norsk sykepleierforbund, 2011). Derimot viser forskning at 45-80 % av alle pasienter som bor på sykehjem er plaget med smerter (Jenssen, Tingvoll og Lorem, 2013). Smerte er et vanlig problem blant eldre. Forskingen til Lillekroken og Slettbo

---

(2013) viser at dette er vanlig på grunn av at smerte følger med høy alder. Årsaken til smerter kan være både akutte eller kroniske. Eksempler på slike smerter er muskel- og skjelettsmerter, kreftsmarter, nervesmerter eller sårsmarter ( Husebø, 2016, s. 488-489).

60 % av pasientene med demens på sykehjem lider av smerter (Husebø, 2016, s. 488). Husebo et al (2012) skriver i sin oppsummerte forskning at pasienter med demens og smerter blir underbehandlet, undervurdert og at denne pasientgruppens plager ikke blir ivaretatt på lik linje som alle andre pasienter. Dette fører til at pasienten blir utagerende i atferd som et resultat av smerter. Smerte er et subjektivt fenomen og det er vanskelig å formidle opplevelsen til andre mennesker. Det er kun den enkelte som opplever det som kan beskrive det (McCaffrey & Beebe 2007, s. 18). Pasienter med alvorlig demens klarer ikke å selvrapportere sine smerter, da er det sykepleieren som har det etiske og moralske ansvaret overfor dem når de er på sykehjemmet. Forskningen til Lillekroken og Slettbo viser at når pasienter ikke klarer å formidle sine smerter verbalt kan behovet for smertelindring formidles gjennom atferd eller kroppsspråk ( Slettbo & Lillekroken 2013).

Travelbee mener at sykepleiere skal etablere menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Det vil da bli lettere å kartlegge pasientens smerter. På den måten kan sykepleieren se pasienten helhetlig slik at sykepleiebehovet til pasienten i forhold til smertelindring blir ivaretatt (Travelbee, 2011, s. 177. Vår erfaring i innledningen av dette kapitlet har vi observert at sykepleiere dømmer pasienten ved å si at “han er dement” eller “kun ønsker oppmerksomhet” ved stell. Hvordan kan sykepleiere opprette menneske-til-menneske-forhold når pasienten blir dømt på den måten? Travelbee mener at sykepleiere skal se pasienten bak sykdommen som et unikt enkelt menneske og ikke for eksempel “den demente pasienten” (Travelbee, 2011, s. 171).

Denne erfaringen har vist oss at det er manglende kunnskap om pasientgruppen, der den ene uten videre slår fast at årsaken til endret atferd er utvikling av demenssykdommen, en annen “dømmer” pasienten mens -en “mener” at årsaken til pasientens atferd også kan være relatert til , smerter, og ser pasienten bak sykdommen som et enkelt individ.

Forskningen til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) viser at vurdering og oppdagelse av smerter hos pasienter med alvorlig demens er utfordrende på grunn av vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk. Dette forsterkes av sykepleierens manglende fagkunnskap om demenssykdom. Sykepleier må ha kunnskap om demens og smerter for å utøve faglig

---

forsvarlig omsorg til denne pasientgruppen (Norsk sykepleieforbund, 2011). Mangel på kunnskap om pasientens sykdom fører jo igjen til at det blir enda mer utfordrende å opprettholde menneske-til-menneske-forholdet, som er et godt grunnlag for bli kjent med pasienten. I tillegg er det viktig å ha kunnskap om smerter hos pasienter med alvorlig demens slik at det blir lettere for å sykepleier å skille mellom hva er “normal” atferd og “unormal” atferd for den enkelte pasient og kartlegge hans smerter.

Pasienter med alvorlig demens er forsvarsløse og har ikke evnen til formidle sine smerter verbalt. Disse pasientene kan ikke bli friske av sin demenssykdom og kan heller ikke gjenvinne sin selvstendighet til å rapportere smerter slik som kognitivt friske pasienter kan (Kristoffersen, 2014, s. 351). I forhold til Martinsens perspektiv ser vi at denne pasientgruppen er svak. De har behov for at sykepleieren ser dem som et mennesket bak sykdommen som Travelbee påpeker, ved for eksempel å skape tillit, relasjon, lese deres journaler samt få informasjon fra pårørende, og sette seg godt inn i pasientens situasjon og etablere et bekjentskap. Dette er viktig for å kunne observere smerter hos pasienter med alvorlig demens slik at sykepleieren kan tolke pasientens atferdsendring og hjelpe dem uten å forvente seg noe i gjengjeld (Kristoffersen, 2014, s. 251).

## 5.2 Språkvansker og non-verbale kommunikasjon

Kommunikasjon er viktig og nødvendig for å kunne kartlegge smerter. I følge Eide & Eide (2008) defineres kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjonsproblematikk er et vanlig symptom ved demens. Demens medfører svikt i kognisjon og kommunikasjon (Henriksen, 2009 s.95). For å ha kommunikasjonsforhold må man være minst to parter og kommunisere med ulike tegn og signaler slik at felles budskap blir forstått (Eide & Eide, 2008, s. 17-18). Pasienter med alvorlig demens er i det siste stadiet av sykdommen og deres kommunikasjonssevne blir redusert (Henriksen, 2009, s. 97).

Som for eksempel pasientsituasjonen vi har skrevet i innledningen av hovedkapitlet ser vi at pasienten ikke klarte å formidle sine smerter verbalt. Grunnen til at han viste den utfordrende atferden og slo etter pleiere ved stell var at pleierne ikke forstod han og at han selv ikke kunne forklare seg eller spørre pga. sine språkvansker. Han viste det derfor på den måten han kunne uttrykke seg – gjennom sin atferd, altså non-verbalt. Den non-verbale

---

kommunikasjon er når budskapet formidles gjennom kroppen på forskjelligvis (Solheim, 2015, s. 202). Det kan være berøring, kroppsbevegelser og holdning, ansiktsmimikk, blick og stemme (Solheim, 2015, s. 2015).

Kommunikasjon er mye mer enn bare ord og mange viktige budskap dreier seg om opplevelser mer enn tanker og informasjon (Heap, 2012, s. 100). Vi mener at nærhet og berøring er et viktig kommunikasjonsmiddel som sykepleier kan bruke for å kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens. Berøring oppleves som en form for omsorg og nærhet for pasienter som trenger å bli oversett når de har smerter (Heap, 2012, s.101). Når pasienter med alvorlig demens ikke klarer å uttrykke seg verbalt vil smertene kunne komme til uttrykk ved atferd, det non-verbale (Jensen, Tingvoll & Lorem, 2013).

Ut i fra pasientens situasjon og forskningen ser vi at sykepleiere er nødt til å ta pasientens atferdsendring på alvor. I pasientsituasjonen vi har omtalt ser vi at den ene sykepleieren oppfattet jo ikke pasientens smerter, men deretter tolket pasientens non-verbale uttrykk som en form for ‘urolighet’, noe ‘plagsomt’ og ‘oppmerksomhetssyke’. Forskningen til Jensen, Tingvoll & Lorem (2013) viser at atferdsendring som tilbaketrekking, uro eller sinne kan være både symptom på smerter eller demenssykdommen. Vi har observert at kommunikasjonsforholdet mellom sykepleieren og pasienten var kald og uten noen god relasjon mellom dem. Sykepleieren var heller ikke tydelig med pasienten og alt hun var opptatt av var å hjelpe pasienten med stell og gå ut fra rommet, hun tenkte ikke over den non-verbale kommunikasjonen til pasienten heller behovet for sykepleie om smertelindring.

Vi mener at sykepleier skal kommunisere tydelig med pasienten slik at ord blir forsterket med kroppsspråk . Kontinuitet og en god stabil relasjon mellom pasient og sykepleier har en stor betydning for god tillitsfull kommunikasjon (Berentsen, 2008, s. 140-144). Vi har erfart for eksempel at bare det å gå inn til pasientens rom smilende, sitte ved sengekanten og stryke hånda over hodet samt spørre hvordan pasienten har det, kan skape tillit og godt kommunikasjonsforhold mellom sykepleier og pasient – noe som igjen fører til en god relasjon. Det blir også enklere å se pasients sykepleiebehov.



### 5.2.1 Tolkning av pasientens smerter

Pårørende er en viktig ressurs i vurdering av pasientens smerter. Det er de som kjenner pasienten godt og vet hvilken atferd pasienten har i forhold til smerter og hvordan pasienten uttrykker seg selv (Jensen, Tingvoll & Lorem, 2013). Sykepleieren som mente at pasienten hadde smerter tok opp dette i pårørendesamtale. Sykepleieren fikk vite fra pårørende at pasienten har ryggproblematikk fra tidligere, som er veldig viktig informasjon for sykepleieren. Her ser vi at en samtale med pårørende er viktig da det er de som vanligvis kjenner pasientens sykehistorie best, nest etter pasienten selv. Ved å ha kunnskap om pasientens tidligere liv og derunder smerteproblematikk, finner sykepleieren ut om pasientens atferdsendringer kan tyde på savn, smerter osv (Berentsen, 2008, s.64-65).

Å oppdage sykepleiebehov for smertelindring hos pasienter med alvorlig demens er ikke lett, fordi det er utfordrende for sykepleier å skille mellom demensatferd og smerteatferd. Dette kan igjen føre til at pasientens behov for smertelindring ikke blir ivaretatt fordi sykepleieren tolker pasienten feil (Husebø, 2016, s. 490). Dersom begge sykepleierne i pasient situasjonen fra hovedkapitlet hadde mistolket det non-verbale uttrykket til pasienten som følge av demenssykdommen så ville dette ha ført til en stor konsekvens for pasienten, fordi konsekvenser av ubehandlede smerter kan forårsake redusert livskvalitet (Bjørø & Torvik, 2008, s. 335). Det kan blant annet føre til økning av atferdsproblemer, forstyrrelser, inaktivitet og reduksjon av ernæring og sosiale aktiviteter (Bjørø & Torvik, 2008, s. 489).

Sykepleieren hadde ikke tilstrekkelig kompetanse til å forstå og imøtekomme pasientens atferd eller kroppsspråk når hun mente at atferden kommer av "oppmerksomhetssyke". Vi ser at denne sykepleierens mangel på kunnskap i forhold til denne pasientgruppen har konsekvenser ved at pasienten lider unødvendig, noe som medfører redusert livskvalitet.

Bruk av det faglig skjønn vil ifølge Martinsen være nyttig når kommunikasjonsevnen er redusert. Martinsen mener at sansing er grunnleggende kunnskap for all forståelse (Kirkevold, 2011 s. 174). Ved dette forstår vi at sykepleieren burde ha brukt sine sanser, altså observasjon, høre og lytte til pasienten. Bruk av sansing er viktig for å oppdage smerter hos pasienter med alvorlig demens istedenfor å dømme den "demente" og "oppmerksomhetssyke". Dette kan medføre at sykepleieren ser pasientens situasjon helhetlig fra sin side og tar imot pasientens stemningsleie og uttrykk for å tolke, vurdere og kartlegge smerter (Kristoffersen, 2014, s. 255).

Martinsen mener at det er nødvendig for sykepleier å engasjere seg og vise interesse for pasienten og hun/ han må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon slik at sykepleieren finner ut hva som er sykepleiebehovet til pasienten, når pasienten ikke klarer å formidle det verbalt (Kristoffersen, 2014, s. 254). På den andre siden er det også viktig at sykepleier vet hvor mye ansvar hun/ han har ved omsorgen til den svake pasienten som ikke klarer å formidle sine smerte/lidelse verbalt. Som sykepleier må en vise empati til pasienten gjennom sansing slik at en får utøve den beste konkrete handlingen for pasienten ut ifra sin faglige vurdering. Dette mener Martinsen er en “god sykepleie” (Kirkevold, 2011 s. 177).

Travelbee sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2011, s.179). Martinsen mener også at behov for sykepleie oppstår ved sykdom og lidelse eller funksjonshemming (Kirkevold, 2012, s. 169). Uansett hvilken stadie av demens pasienten befinner seg i skal sykepleieren hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, fordi behov for sykepleie oppstår jo ved sykdom og lidelse. I Eksemplet våres ser vi at pasienten har alvorlig demens, svak og siste stadie av demens. Vi ser hun ene sykepleierens handlinger ikke finner ikke noe vits til å hjelpe pasienten til å mestre lidelsen/smertene hans og derfor unnlater tid til å vurdere eller kartlegge pasientens smerter, noe som fører til at pasienten lider unødvendig.

Pasienter med demens er en pasientgruppe som ofte blir oversett, forskning viser at deres smerter ikke blir ivaretatt på lik linje som kognitivt friske pasienter (Husebo, et al. 2012). Som sykepleiere må en være der for denne pasientgruppen og hjelpe dem å oppleve mestring i sin sykdom og lidelse, de er jo avhengige av sykepleierens omsorg og derfor er de innlagt på sykehjem. Sykepleiere må være bevisste på det ansvaret de har overfor dem og at de har makt over pasienten. Denne makten er kunnskap som pasienten ikke har tilgang til. Sykepleiere må være i bevegelse fra seg til den andre slik at de alltid handler ut i fra det som er best for pasienten, det å yte god omsorg, spontant og uten baktanker (Kristoffersen, 2014, s. 256).

På den andre siden ser vi at bruk av faglig skjønn ikke er tilstrekkelig til å oppdage pasientens behov for smertelindring da smerter er en subjektiv opplevelse. Selv om sykepleieren bytter posisjon med pasienten og bruker sine sanser for å kjenne på det å ha alvorlig demens og samtidig smerter, er ikke det nok til å gjenkjenne pasientens opplevelse.

Men dersom sykepleieren har egen erfaring med smerter kan det føre til at sykepleieren gjenkjenner hvordan det er å ha smerter ut fra sin egen erfaring (Kristoffersen, 2014, s. 256). Ved å forstå dette som sykepleier vil en sørge for pasienten på en særlig omsorgsfull og hensiktsmessig måte (Kristoffersen, 2014, s. 256). Ut i fra Travelbees perspektiv er det nødvendig med rask kartlegging av pasienten ved mistanke om smerte slik at pasienten får hensiktsmessig behandling (Travelbee, 2011, s. 177-184). Derfor er opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy viktig for å øke sykepleieres forståelse for smertevurdering hos denne pasientgruppen (Lillekroken & Slettbø, 2013) Vi anser dette som viktig, slik at sykepleierne kan yte en verdifull tjeneste så pasienten unngår å lide unødvendig i stillhet.

### 5.3 Dokumentasjon

Dokumentasjon er en av de sentrale oppgavene til en sykepleier. Dokumentasjon av sykepleie har vært praktisert siden Nightingale, men i Norge ble det lovfestet siden 2001 (Norsksykepleie forbund, 2007). De viktigste lovene som regulerer dokumentasjon av helsehjelp er Helsepersonelloven, Forskrift om pasientjournal og Pasientrettighetsloven (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

I helsepersonelloven kapittel 8 omhandles dokumentasjonsplikten, og i §§ 39 og 40 står det at “den som yter helsehjelp skal registrere nødvendige opplysninger om pasienten, helsehjelpen samt de opplysningene som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt” (Helsepersonelloven, 2017). Videre i forskrift om pasientjournal § 8, punkt f står det at pasient journal skal inneholde “foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette” (Forskrift om pasient journal, 2017).

Ut i fra dette forstår vi at som sykepleier har en plikt til å dokumentere alt angående pasientens situasjon, og at det er særlig viktig når det gjelder pasienter som har alvorlig demens og ikke klarer uttrykk seg verbalt. Det er viktig at sykepleiere dokumenterer de observasjonene de gjør hos denne pasientgruppen. Vi har erfart at det er mange forskjellige sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som jobber på sykehjemmet i løpet av døgnet og alle kan tolke pasientens atferd ulikt. Derfor, som loven ovenfor sier, er det viktig at den enkelte dokumenterer sine observasjoner og de tiltakene de setter i gang samt

---

resultatet av tiltaket/behandlingen. Dessuten mener vi at dokumentasjon kan bidra til at det blir bedre oppdatering mellom sykepleierne, og til å skape-samarbeid og oversikt over pasientens situasjon. Når samarbeidet mellom personalgruppen ikke fungerer, gir dette en konsekvens for sykepleierens smertevurdering (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Forskningen viser også at mangel på kommunikasjon mellom pleiepersonalet og tilsynslegen påvirker pasientens behov for smertelindring (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

I praksis og arbeid har vi erfart at sykepleiere ikke er flinke nok til å dokumentere i Gerica under punktet "smerte". Det er sjelden at det blir skrevet der, men vi tenker at når pasienter med demens ikke klarer å formidle sine smerter verbalt, burde det ha stått mye der ut i fra sykepleierens observasjoner. Vi tror at bedre dokumentasjon på dette området er viktig for pasienter med alvorlig demens og at dette vil bidra større fokus på smertevurdering, noe som da vil skape refleksjon blant personalgruppen. Forskningen til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) viser at faglig refleksjon bidrar til å styrke sykepleierens observasjoner og gir dermed grunnlag for bedre kommunikasjon med tilsynslegen. Ved at sykepleiere avsetter tid til å reflektere sammen, bidrar det til bedre samarbeid på sykehjem. Ut i fra pasienteksemplet vi har brukt ser vi at sykepleierne i avdelingen var flinke til å reflektere sammen og det kom frem tydelig at hver enkelt kan tolke pasientens alvorlige demensatferd ulikt. Forskningen viser at god omsorg krever videreformidling av observasjoner (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

## 5.4 Vurdering og kartlegging av smerte

Smertekartlegging og vurdering er en viktig sykepleieoppgave. Det er det som er avgjørende for å kunne gi pasienten en tilfredsstillende smertelindring og at sykepleieren får informasjon om smertens intensjon, intensitet, variasjon og varighet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 362). Derfor spør vi pasienter hvor de har smerter. Pasienter med alvorlig demens har ikke denne evnen til å formidle dette på grunn av svikt i hukommelse og språk (Berntzen, 2008, s. 48).

Det er sykepleierens ansvar å kartlegge pasientens smerter, videreformidle til lege, sette i gang behandling, vurdere virkning og bivirkning (Galek & Gjertsen, 2013). Informantene til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) mente at et godt samarbeid med personalgruppen, tilsynslegen og med pårørende er viktig for å kunne ivareta pasientens behov for

---

smertelindring. På den andre siden er det ikke alltid alle pasienter som har pårørende og dette kan føre til at det blir mer utfordrende for sykepleiere å kartlegge pasientens smerter for å gi smertelindring. Derfor blir det viktig for sykepleieren å tilegne seg opplysninger om pasienten ved å lese pasientenes journal, dokumentasjon og samarbeide med kollegaer

Kunnskap om demenssykdom og smertebehandling viktig for sykepleiere (Lillekroken & Slettebø, 2013). I pasientsituasjonen fra dette hovedkapitlet var det ikke tatt i bruk smertekartleggingsverktøy, noe som førte til at sykepleierne ikke hadde forståelse for hvordan de kunne vurdere smerte hos pasienten, og brukte pårørende som ressurs. Vi ser her at når kommunikasjonsevnen svikter blir ikke pasientens behov for både smertekartlegging og lindring ivaretatt. Dette fører til at pasienter med alvorlig demens blir underbehandlet i forhold til sine smerter, eller overbehandlet med antipsykotika eller antidepressive istedenfor smertelindring (Husebø, 2016, s. 490). Dette har vi opplevd både i praksis og arbeid, når pasientene viser atferdsendring som vi har nevnt tidligere, henter sykepleiere disse medikamentene for å berolige pasienten. Dette skjer fordi sykepleierne ikke klarer å skille mellom hva er demensatferd eller smerteatferd (Lillekroken & Slettebø, 2013). All behandling til eldre pasienter må igangsettes på bakgrunn av systematiske kartlegging. Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) kom det fram at sykepleierne ikke hadde rutiner for for smertevurdering eller smertelindring men samtidig var redd for å overse pasientens smerter og satt pasientene fast smertelindring medikament. Pasienter er jo forskjellige og det er ikke alle som har behov for smertelindring og dette viste seg for å være enda en utfordring for sykepleierne (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Vi ser også i forskningen til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) at sykepleierne bruker prøving og feiling som metode for å ivareta pasientens behov for smertelindring. Tanken bak dette er å være på sikre siden og gi pasienten smertelindring heller enn å lide. Forskningen viser også at denne usikre metoden fører igjen til at pasienten blir overmedisinert. Pasienten kan bli sløv og sove mye. Pasientsituasjonen fra hovedkapitlet begynte med smerteplasteret Fentanyl 50 mikrogram etter legevisitt. Vi opplevde etter noen dager at pasienten ble mer slapp, sløv og ville bare sove hele tiden. Det ble mer utfordrende å hjelpe ham med å ivareta de grunnleggende behovene, da han bare sov gjennom hele vakta. Vi reflekterte over dette sammen med sykepleiere i avdelingen og alle ble enige om å ta opp saken ved neste legevisitt. Her ser vi viktigheten av å følge opp virkning og bivirkning av medikamentet pasienten fikk. Sykepleierne har jo ansvar for å administrere tilstrekkelig mengde av smertestillende og se etter tidlig tegn på bivirkning slik at det ikke blir for stor belastning for

---

pasienten (Lillekroken & Slettebø, 2013).

På den neste legevisitten ble det bestemt at Fentanyl plastret skulle trappes ned fra 50 mikrogram til 25 mikrogram og observere mulig forbedring. Denne erfaringen gjorde et stort inntrykk på oss og vi har reflektert over hvorfor pasientens behov for smertelindring ikke ble kartlagt først istedenfor å sette opp en høyt dose av analgetium? Bruk av analgetika har økt på sykehjem, men det er allikevel ingen garanti for at rette pasienten får rett medisinerings (Husebo, E.l, 2012). Hvorfor?

Vi vet fra praksis og arbeid i skjermet avdeling for pasienter med alvorlig demens at det er utfordrende å kartlegge deres smerter, når de ikke klarer å selvrappotere verbalt. Samtidig finnes det ikke fast rutiner for å vurdere eller kartlegge av beboerens smerter. De siste årene er det utviklet flere skjemaer for kartlegging av smerte hos pasienter med alvorlig demens. Disse er blant annet Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Doloplus - 2 og Mobilization-Observation - Intensity (MOBID 2). Disse er oversatt og utprøvd i norsk sykehjem (Galek & Gjertsen, 2013).

CNPI er et kartleggingsverktøy skjema med seks punkter som består av atferdsbaserte smerteindikatorer. Disse er ansiktsgrimaser, verbale klager og non-verbale uttrykk, klamring, uro, massering eller gniing av det smertefulle området (Galek & Gjertsen, 2011). Smerteatferden skal kartlegges i hvile eller i aktivitet og på hvert punkt skåres fra 0 til 10. Fordelen med skjemaet er at den har gode instruksjoner men det mangler hvordan resultatet skal tolkes og anvendes i klinisk praksis (Galek & Gjertsen, 2011). Ulempen med verktøyet er at den viser kun om smerte er tilstede eller ikke og mangler de tre vanligste smerteatferdsindikatorerne som forandring i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling (Galek & Gjertsen, 2011). På den måten kan det være lettere for sykepleier å bruke dette verktøyet men dersom pasienten har mindre vanlige atferdsmessige smerteuttrykk, kan det føre til at sykepleieren ikke oppdager pasientens smerte (Bjørø & Torvik, 2008, s. 342).

Doloplus -2 er annen nyttig hjelpemiddel til kartlegging av smerte hos pasienter med alvorlig demens. Men enkelte av observasjonsområdene kan være vanskelige å tolke spesifikt som smerteuttrykk. For eksempel gjelder dette psykososiale reaksjoner da atferdsendringer hos pasienter med alvorlig demens også kan være symptom av demenssykdom (Husebø, 2016 s. 490). Det er observatøren, altså sykepleieren som innfører

---

og gir pasienten skåring fra 0-3 på de observasjonsområdene som er relevant for pasienten. Dersom pasienten skårer totalt over 5 indikerer det smerte og pasienten må utredes videre (Galek & Gjertsen, 2011). Vi mener at det kan være utfordring for sykepleier å bruke dette skjema fordi det kan oppstå tvil og usikkerhet ved innføring av skåringen når sykepleier må tolke pasientens psykososiale reaksjon. Dersom sykepleieren ikke har kjennskap til pasienten og gir skår ut ifra sin egen tolking kan det føre til pasienten blir underbehandlet eller overbehandlet. Vi ser at både CNPI og Doloplus -2 skjemaene er basert på atferd, noe som blir utfordrende for sykepleier å skille mellom om det er relatert til smerter hos pasienter med alvorlig demens.

For å fange opp svakheter ved CNPI og Doloplus -2 ble det utviklet MOBID-2 skjemaet (Sandvik & Husebø, 2011). MOBID-2 er utarbeidet av norske forskere og er et verktøy for å kartlegge smerter hos pasienter med demens (Husebø, 2016 s. 490). Dette verktøyet er tilpasset pasientens hverdag i sykehjem med vekt på pleiepersonalets observasjon av smerteatferd og kan brukes i stellesituasjoner (Husebø, 2016 s. 490). Bruk av MOBID-2 krever kjennskap til pasienten, fordi pasienten skal gjøre øvelser som sykepleieren guider, og da er menneske- til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier viktig. Dette vil gjøre lettere for samhandling mellom sykepleier og pasienten, slik at pasienten får forståelse om de ulike øvelsene. I egne erfaringer har vi opplevd at bruken av dette verktøyet er lettere dersom pasienten har mild til moderat grad av demens. Hos pasienter med alvorlig demens er det utfordrende på grunn av deres redusert forståelse og kommunikasjons evne når sykepleieren guider dem til de ulike øvelsene. Det er sykepleieren som skal tolke smerteintensiteten til pasienten basert på sine observasjoner og sette da kryss på en skale fra 0 til 10 (Galek & Gjertsen, 2011). Ved bruk av dette verktøyet i praksis sammen med sykepleiere har vi vært tvil på hvilken skår pasienten skulle få når de ikke klarer selv å si ifra deres smerteintensitet selv om vi observerte. Studien til Husebø og Sandvik (2011) påpeker at noen sykepleiere misforstår og blir usikre på deres vurdering av pasientens totale smerteintensitet. Bruk av smertekartleggingsverktøy er enkelt, men krever opplæring, tid og riktig administrering (Husebo, Achterberg, Lobezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose & Strand 2012)

#### 5.4.1 Samhandling ved bruk av smertekartleggingsverktøy

For at sykepleier skal formidle sine observasjoner om pasienten har smerte eller ikke er det

---

nødvending med kartlegging sine vurderinger. Det er utfordrende for sykepleier å kartlegge pasientens smerter grundig og nøyaktig uten bruk av kartleggingsverktøy (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 362). Samtidig er det også nødvendig at sykepleier har en god samhandling og tillitsforhold med pasienten før bruk av kartleggingsverktøy. For eksempel ved bruk av MOBID- 2 anbefaler Husebø (2009) at en gjennomgår et standardisert opplæringsprogram for sykepleiere og pleiepersonalet i sykehjemmet før bruk av verktøyet (Husebø, 2009). Husebø (2009) mener at for å utvikle denne kunnskapen blant personalet har legen på sykehjemmet en rolle som teamleder.

Vi har erfart at tilsynslegen på sykehjemmet er tilstede kun en gang i uken i et par timer. Vi har aldri heller opplevd noen leger som tok initiativ til å øke kunnskap hos sykepleiere og de andre av personalet. Optimalt sett skulle legen ha sørget for dette, fordi denne pasientgruppen har behov for et godt tverrfaglig samarbeid siden legen skal vurdere de observasjonene som blir gjort av personalet hos pasientene og forordne behandling (Husebø, 2009).

Pasienter med alvorlig demens føler frykt når de ikke klarer å uttrykk sine smerteopplevelser. Derfor må sykepleiere være observante på atferds- og stemningsleieendringer hos pasienten, som ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, bevegelse, endring i kontakt med personalet og endringer i aktivitetsmønster og mental status (Rokstad, 2009, s. 193). Det er sykepleieren som tilbringer mye tid med pasienten som har mulighet for å observere pasientens atferdsendringer. I arbeid og praksis i skjermet avdeling for pasienter med alvorlig demens har vi aldri sett sykepleiere bruker kartleggingsverktøy.

Blant informantene i Burns og McIlfatricks (2015) studie hadde ikke de fleste sykepleierne god kunnskap om hvordan de skulle vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens. Det var kun mindre tall som hadde, altså 32 av 96 sykepleiere. Forskningen til Lillekroken & Slettebø viser også det samme at sykepleierne ikke har kjennskap bruken av smertekartleggingsverktøy. Burns og McIlfatricks (2015) funn peker på at selv om sykepleieren vet viktigheten av smertekartlegging hos pasienter med alvorlig demens, er det fortsatt manglende kunnskap for å kunne skille mellom smerte og andre tilstander som forverring i demens sykdommen. Det er derfor en stor utfordring for sykepleiere å kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens, det er ikke kun på grunn av manglende kunnskap men også for lite tid, bemanning og støtte fra medisinsk tilsyn. Forskningen konkluderer med at det er et stort behov for å øke sykepleieres kunnskap om hvordan smerte hos



pasienter med alvorlig demens skal kartlegges. Dette støtter også forskningen til Lillekroken og-Slettebø (2013), hvor sykepleierne ikke hadde kunnskap eller kjennskap til smertekartleggingsverktøy og var usikre på om de kunne bruke smertekartleggingsverktøy til denne pasientgruppen.

Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg (Galek & Gjertsen, 2013). Smertevurdering og kartlegging hos pasienter med demens er utfordrende men det er allikevel viktig at pasientens smerter blir lindret og at de får riktig behandling (Lillekroken & Slettebø, 2013).

---

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å få økt kunnskap om smertevurdering og smertekartleggingsverktøy til pasienter med alvorlig demens på sykehjem. Vi har benyttet forskningsartikler, teori og egne erfaringer til å besvare problemstillingen ”Hvordan kan sykepleiere vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?” gjennom drøfting.

Gjennom arbeidet med oppgaven og egne erfaringer har vi sett at denne pasientgruppens smerter ikke blir ivaretatt på lik linje som de kognitivt friske pasientene, på grunn av deres reduserte hukommelse og kommunikasjonssvikt. Kommunikasjon er viktig for å kunne kartlegge pasientens smerter men vanskeligjøres med denne pasientgruppen da de ikke klarer å selvrapportere sine smerter verbalt. Smerteatferd og demensatferd ligner og det fører til at det blir enda vanskeligere for sykepleier å skille mellom hva som er hva. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap til å tolke og vurdere pasientens non-verbale smerteuttrykk, har kjennskap til pasienten gjennom menneske-til-menneske-forhold og ser pasienten bak sykdommen. Samtidig er det viktig at sykepleiere utøver en god sykepleie til denne pasientgruppen uten noen baktanker eller at de forventer noe gjengjeld, fordi disse pasientene er svake, sårbare og blir ofte oversett.

Av forskningsartiklene vi har brukt i oppgaven framgår det at det finnes smertekartleggingsverktøy som er validert, relevante og pålitelige. Derimot viser både erfaringen vår og forskningen at det er for lite brukt av sykepleiere og at de ofte ikke har kjennskap til disse verktøyene. Derfor mener vi at denne mangelfulle kunnskapen burde tas på alvor ved at sykepleierne får kunnskap om dette gjennom opplæring eller kurs, fordi denne mangelen på kunnskap fører til disse pasientens smerter ikke blir vurdert riktig. Forskningen viser at disse pasientene blir underbehandlet eller undervurdert, samtidig er det heller ingen garanti for at riktig pasient får riktig analgetika. Det er viktig at sykepleiere og tilsynslege samarbeider godt tverrfaglig slik at smerter hos pasienter med alvorlig demens blir ivaretatt på lik linje med kognitivt friske pasienter. Dessuten mener vi at sykepleiere bør være flinkere til å dokumentere sine observasjoner og tolkninger av pasientens atferdsendringer, dette for å skape refleksjon mellom de andre sykepleierne og formidle videre til legen. I motsetning til sykepleiere, som er tilstede på sykehjemmet døgnet rundt, er

ikke legen alltid til stede, og derfor er legen avhengig det sykepleierne formidler gjennom dokumentasjon for å komme frem en riktig forordning.

Som fremtidens sykepleiere mener vi at det burde ha vært mer opplæring om smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens gjennom sykepleierutdanningen. Vi mener dette, fordi det vil gjøre vurdering av smerte hos denne pasientgruppen enklere for oss som sykepleiere. Ut i fra statistiske framskrivinger vil antall personer med demens i Norge fordobles i tiden fremover. Å ha kunnskap om dette som ny utdannende sykepleiere vil bidra til at en sørge at disse pasientene ikke lider unødvendig i stillhet. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har tilegnet oss mye kunnskap som vi vil ta med oss videre i sykepleierkarrieren vår.

---

## 7. Litteraturliste

Berntsen, H., Danielsen, A & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (4. utg., s.355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk

\* Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse

\* Burns, M. & McIlfatrick, S. (2015). Nurses knowledge and attitudes towards pain assesment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of palliative nursing, Vol 21, No 10, 479 – 487.*

Bjørø, K., & Torvik, K. (2008). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-348). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\* Engedal, K & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens?. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka lærebok for helse- og omsrogspersonell* ( 1. utg., s. 13-35). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Forskrift om pasientjournal, FOR-2000-12-21-1385. (2017). Lokalisert på:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

\*Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien* 13,62-64.

Lokalisert på: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/771828.pdf>

\* Heap, K. (2012). Samtalen i eldreomsorgen. *Kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (s. 87-137). (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS

\* Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Lokalisert på :

---

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan2020.pdf>

\* Henriksen, K. W. (2006). Hva var det jeg skulle sagt -, vedblev han med stor omstendighet – og – og tidde. I R. M. E. Kruger (Red.), *Evig utfordringer. Helse og omsorg for eldre* (s. 91-109). Tønsberg : Forlaget Aldring og helse

\*Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Nr.19-8, 1996-1998 . Lokalisert på:

<http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2009--1996-8.pdf>

\*Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., Tudose, C. & Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenge. *Norsk Epidemiologi* , 22 (2), 243-251. Lokalisert på:

<http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1572/1466>

\* Husebø, B.S. (2016). Lindrende demensomsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1. utg., s. 481-504). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\* Husebø, B. S. & Sandvik, R. K. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien 11*, 62-64. Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/740142.pdf>

\*Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A & Lorem, G. F (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie 3-*, 26-34. lokalisert på:

[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3\\_vitensk\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf)

Kristoffersen N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykeleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykeleie: Bind 3* (2. utg. s.207-270). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\* Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden, PUBL. No. 109 Vol. 33 No. 1*, 29-33.

---

Lov om helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2017). Lokalisert på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20>

Lov om psykiske helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. (2017). Lokalisert på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Lov om pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63.(2017). Lokalisert på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

\* McCaffery, M. & Beebe, A. (2007). Vurdering. *Smerter: lærebok for helsepersonell* (15-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\* Norsk Sykepleieforbund. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Lokalisert på :

<https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

\*Norsk Sykepleieforbund. (2015). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på :

[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\* Nortvedt, F. & Nesse, J. O. (1997). Sykepleie og smertelindring. *Smertelindring: utfordring og muligheter* ( 13-36). Oslo: Universitetsforlaget

Rokstad, A.M. M (2009). Utfordrende atferd. I A.M. M. Rokstad & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 192-193). Oslo: Akribe AS

\* Rustøen, T & Stubahug, A. (2010) . Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentral begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3.utg., 137-176). Oslo: Akribe AS

Smebye K. L. (2009). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* ( 1. utg., s.13-24). Oslo: Akribe AS

\* Solheim, K. (2015). Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen. Oslo: Universitetsforlaget.

\* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* .Oslo: Gyldendal Akademisk

## 8. Vedlegg 1: Pico-Skjema

<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
<p>Hvordan kan sykepleiere vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?</p>			
<p><b>P</b> Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet</p>	<p><b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):</p>	<p><b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:</p>	<p><b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:</p>
<p><b>P</b></p> <p>Noter engelske søkeord for gruppe/problem</p>	<p><b>I</b></p> <p>Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon</p>	<p><b>C</b></p> <p>Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</p>	<p><b>O</b></p> <p>Noter engelske søkeord for utfall</p>
<p>”Demens”</p> <p>”Eldre”</p> <p>”Pasienter”</p> <p>”Sykehjem”</p> <p>”Dementia”</p> <p>”Eldery”</p> <p>”Patient”</p>	<p>”Smerter”</p> <p>”Pain”</p>	<p>Ua.</p>	<p>”Smertebehandling”</p> <p>”Smertekartleggingsverktøy”</p> <p>”Sykepleierens kunnskap”</p> <p>”Pain managment”</p> <p>”Pain assesment tools”</p> <p>”Nurses knowledge”</p>

## 9. Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database	Søkeord	Treff	Artikkel	Søkedato	Årstall
Cinahl	Dementia Nursing home Pain assesment	4300 173	Nurses knowledge and attitudes towards pain assesment for people with dementia in a nursing home setting.	24.03.17	2015
SveMED	Dementia Pain Home nursing	12	Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges	24.03.17	2012
SveMED	Demens og smertekarlegging	1	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med dmenes: Ufordringer og dilemmaer	24.03.17	2013
SveMED	Pain Dementa Nursing home	12	Smerte behandling til personer med langtkommen demens	24.03.17	2013



## 10. Vedlegg 3: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) skjema

Checklist of Nonverbal Pain Indicators – norsk utgave

Dato: \_\_\_\_\_

Pasient Nr: \_\_\_\_\_

### Sjekkliste med Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv 0 dersom atferden ikke er observert, og 1 dersom atferden opptådte om den bare opptrådte for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro.)

	Ved bevegelse	I hvile/ ro
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	_____	_____
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", kjakaslepp, fordreiet uttrykk)	_____	_____
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, brikke eller annen gjenstand)	_____	_____
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	_____	_____
5. Gnir eller masserer det affiserte området	_____	_____
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylødte klager: verbale uttrykk  (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser bannord eller edder eller roper i protest "stopp", "det er nok".)	_____	_____
Subtotal Skåre	_____	_____
Total Skåre		_____

Feldt, K.S. (2000). Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.

Norwegian translation by: Harald A.Nygaard, dr. med., Professor of Geriatric Medicine, University of Bergen, Norway, med tillatelse av Karen Feldt.

## Vedlegg 4: Dolopius-2, skjema

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

Hentet fra: Tidsrifet.no, Smertemålinger hos eldre med kognitivt svikt.

## 11. Vedlegg 5 – Mobid-2, skjema

APPENDIKS

### MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens navn:

Date:

Tid:

Avdeling:

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

#### Smerteatferd

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



**Smertelyd**  
«Aa»  
Stønner  
Yrker seg  
Gisper  
Skriker



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



**Avvergereaksjon**  
Slipper  
Beklytter seg  
Skryter 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

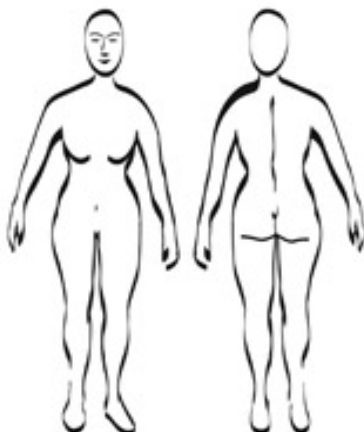
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelend	<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)



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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

Smerteintensitet (0-10)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-------------------------	------------------------

Bettina Husabøllf, sids.no, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen

Hentet fra: Tidsskriftet.no, Smertevaluering ved demens.