



# Bachelorgradsoppgave

Smerter hos demente

Pain in persons with dementia

Smertevurdering og kartlegging hos eldre demente

Pain assessment in elderly with dementia

Ina Christin Haugen Storvold

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag Levanger  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



## Abstrakt

**Introduksjon:** Det er om lag 70 000 personer i Norge med demens i aldersgruppen over 65 år. Dette er tall som vil stige betraktelig og det forventes en kraftig økning av demensrammende de neste 20 årene. 60-80 % av sykehjemspasienter har smerter. Smerter er ofte sammensatte og forekommer hyppig hos pasienter med demens.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere på best mulig måte kan vurdere og kartlegge smerte hos demente sykehjemspasienter som ikke kan selv rapportere smerte.

**Metode:** Det ble brukt en allmenn litteraturstudie. Dette innebærer at det ble søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur med utgangspunkt i studiens hensikt.

**Resultat:** Det ble funnet tre hovedkategorier som omhandlet: Den relasjonelle siden ved smertevurdering, den praktiske siden ved smertevurdering og den moralske siden ved smertevurdering.

**Diskusjon:** Resultatet ble diskutert opp mot relevant faglitteratur og annen forskning.

**Konklusjon:** Sykepleiere har ansvaret og en sentral rolle når det gjelder vurdering av smerter til demente pasienter. Smertevurdering til demente pasienter er utfordrende for sykepleiere og det er viktig å kjenne til det relasjonelle, det praktiske og det moralske ved smertevurdering slik at best mulig omsorg kan gis til den demente.

**Nøkkelord:** Dement, Eldre, Smerte, Smertekartlegging, Smertevurdering, Sykepleie

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Studiens hensikt .....	1
1.2	Begrepsavklaring .....	1
1.2.1	Smerte .....	1
1.2.2	Demens.....	2
1.2.3	Dolopius-2 .....	2
1.2.4	Mobid-2 .....	2
1.3	Sykepleier perspektivet .....	3
1.3.1	Kari Martinsen .....	3
2.0	Metode .....	4
2.1	Fremgangsmåte og litteratursøk .....	4
2.2	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier .....	5
2.3	oversikt over inkluderte artikler .....	6
2.4	Analyse .....	7
2.5	Etiske overveielser.....	8
3.0	Resultat.....	9
3.1	Den relasjonelle siden ved smertevurdering .....	9
3.2	Den praktiske siden ved smertevurdering .....	10
3.2.1	Kartleggingsverktøy .....	10
3.2.2	Kunnskap og observasjoner.....	13
3.3	Den moralske siden ved smertevurdering .....	14
4.0	Diskusjon .....	16
4.1	Resultat diskusjon.....	16
4.1.1	Den relasjonelle siden ved smertevurdering.....	16
4.1.2	Den praktiske siden ved smertevurdering .....	19
4.1.3	Den moralske siden ved smertevurdering .....	23
4.2	Metode diskusjon .....	26
5.0	Konklusjon .....	27
	Litteraturliste.....	29

Vedlegg: Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg: Tabell 1: oversikt over søkestrategi.

Antall Ord: 9 998

## 1.0 Innledning

Det er om lag 70 000 personer i Norge med demens i aldersgruppen over 65 år (Langballe m.fl. 2013). Videre viser Engedal m.fl. (2009) til at antall eldre vil stige betraktelig og det forventes en kraftig økning av demensrammende de neste 20 årene, og tallen vil da stige, og i løpet av 2050 blir trolig tallet ca. 160 000 personer i Norge med demens. Dette er noe som betyr at man i årene fremover vil møte en stor utfordring med tanke på å ha nok kvalifiserte helsepersonell som innehar gode kunnskaper om demenssykdommer og der igjen viktigheten med kunnskap om smerteatferd hos demente pasienter (Engedal m.fl. 2009).

Smerter forekommer hyppig hos pasienter med demens. Studier viser at 60-80 % av sykehjemspasienter har smerter. Særlig de med langkommet demens er ikke i stand til å uttrykke smerte på grunn av redusert hukommelse, svekket språkbeherskelse og manglende refleksjonsevne (Husebø 2009). I følge Sandvik (2011) kan smerteatferd ligne på demensatferd. For sykehjemspasienter som lider av moderat til alvorlig grad av demens, er verbal selvrappotering av smerter svært vanskelig, og til tider umulig, på grunn av pasientens reduserte hukommelse og språkbeherskelse. Deres evne til å formidle indre opplevelser kan variere fra dag til dag. Dette fører til at demente pasienter er avhengig av helsepersonell som kan tolke verbale og non-verbale tegn som kan uttrykke smerte (Husebø 2009). Demente er avhengig av kunnskap om smerte og smertevurdering blant sykepleiere.

### 1.1 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere på best mulig måte kan vurdere- og kartlegge smerte hos demente sykehjemspasienter som ikke kan selv rapportere smerte.

### 1.2 Begrepsavklaring

#### 1.2.1 Smerte

I følge Stubhaug og Losjå (2008) er den mest brukte smertedefinisjonen den International Association for the study of Pain (IASP) sin definisjon.

”An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”.

(IASP 2009)

Denne definisjonen fokuserer på at smerte alltid er en subjektiv, ubehagelig opplevelse. Og at denne opplevelsen er sammensatt av flere komponenter, sensoriske og emosjonelle.

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade (Stubhaug og Ljoså 2008). Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige eller eksistensielle forhold.

### **1.2.2 Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd (Engedal m.fl. 2009)

### **1.2.3. Doloplus-2**

Doloplus-2 er et verktøy for systematisk smertevurdering av kroniske smerter hos eldre med demens. Det omfatter somatisk, psykomotorisk og psykososial atferd som indikatorer på smerte. Somatiske reaksjoner omfatter klage på smerte, smertelindrende hvilestillinger, beskyttelse av smerte fulle områder ansiktsuttrykk og søvn. Psykomotoriske reaksjoner omfatter aktivitet i forbindelse med stell/påkledning og forflytning. Psykososiale reaksjoner omfatter kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer. Doloplus-2 består av 10 punkter som hver skåres på en skala fra 0 til 3. En skår på 0 betyr at pasienten ikke viser tegn til den aktuelle atferden, mens 2 betyr maksimalt nivå av atferd. Poengene blir summert, og total skår varierer fra 0-30. En skår på 5 eller mer tyder på at pasienten kan ha smerter (Bjørø og Torvik 2008).

### **1.2.4 Mobid-2**

MOBID-2 smerteskala er et av instrumentene som kan brukes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens. MOBID-2 er designet med henblikk på pasientens hverdags situasjon i sykehjem. Den fanger opp de observasjoner pleierne gjør av smertereaksjoner hos sine pasienter under stell. MOBID-2 består av to deler. Del 1 fanger opp smerter fra muskulatur, ledd og skjelett og skal utføres under fem standardiserte og aktiv mobilisering som er typisk for hverdagen på sykehjem. Del 2 fanger opp smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud. I denne delen observeres pasientens atferd (Sandvik og Husebø 2011).

## 1.3 Sykepleier perspektivet

### 1.3.1. Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og hun har utviklet sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap. Kari Martinsen tar utgangspunkt i et ikke-fagspesifikt omsorgsbegrep når hun skal klargjøre sitt syn på sykepleie som yrkesmessig omsorgsarbeid (Kristoffersen 2011). Martinsen (2003) sier at de fundamentale kvaliteter ved omsorg kan oppsummeres i tre punkter.

#### **Omsorgens relasjonelle side**

*«Omsorg er en sosial relasjon, det vil si det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre»*

(Martinsen 2003 s.71)

Omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. For å finne ut hva den andre trenger, er det nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i og vise interesse for pasienten (Kristoffersen 2011). Sykepleieren må i følge Martinsen (2003) være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon.

#### **Omsorgens praktiske side**

*«Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaringer fra, vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon»*

(Martinsen 2003 s.71)

Martinsen (2003) understreker at omsorg også er en praktisk handling. Hjelpen blir gitt ut i fra tilstanden til den hjelpetrequende, og de konkrete handlingene blir gjort ut i fra den konkrete situasjonen vedkommende befinner seg i (Kristoffersen 2011).

#### **Omsorgens moralske side**

*«Skal omsorgen være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i praktisk arbeidssituasjon»*

(Martinsen 2003 s.71)

I følge Martinsen (2003) er omsorg og moral nær forbundet. Martinsen (2003) fremhever videre at sykepleiere må lære å handle moralsk. Enhver sykepleiesituasjon er i følge Martinsen av moralsk karakter, ved at sykepleiere står ovenfor den moralske utfordringen som å handle godt og riktig, det vil si til beste for pasienten (Kristoffersen 2011).

## 2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i metode (Dalland 2012).

### 2.1 Fremgangsmåte og litteratursøk

Denne studien er en allmenn litteraturstudie der hensikten er å beskrive kunnskap innen et område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men på en litt mer usystematisk måte. Forsetningen for å kunne gjennomføre en allmenn litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet, som igjen kan være grunnlag for resultater og diskusjon. Denne formen for studie innebærer å søke, kritisk granske og sette sammen litteraturen innenfor et valgt område (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I denne litteraturstudien ble det gjennomført flere søk med ulike kombinasjoner av søkeord i forskjellige anerkjente databaser. Dalland sier at i letingen etter relevant litteratur er det en fordel å prøve å plassere problemområdet innen for et hoved emnet. Derfor ble en felles for disse søkene å bruke ordene Dementia og Pain. Den innledende litteratursøkingen har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet (Dalland 2012). Etter hvert i søket ble det lagt inn avgrensninger for å få mest mulig relevante treff og for å innsnevre søket. De resterende søkeordene ble valgt med utgangspunkt i studiens hensikt. Gjennomføringen av søkene er illustrert i tabell (se Vedlegg: Tabell 1: oversikt over søkestrategi). Denne tabellen inneholder oversikt over database, hvilke avgrensninger som er gjort, treff, antall forkastede, utvalget og inkluderte artikler. Det ble gjennomført en rekke søk i databaser med valgte søkeord, samt synonymer av disse. Alle forskningsartiklene som er i denne litteraturstudien er funnet ved hjelp av databasesøking. Oversikt over søkene der artiklene ble forkastet er ikke inkludert.

De vitenskapelige artiklene som er inkludert i denne litteraturstudien er funnet på databasene Medline og Swemed+, som er anerkjente søkedatabaser (Forsberg og Wengstrøm 2013). Artikler som publiseres i de vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår strenge krav til kvalitetssikring. Det stilles bestemte krav og innhold og form i et vitenskapelig tidsskrift. Artiklene gjennomgår det som kalles fagfelleevaluering (peer review). Det betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland 2012).

Medline er en stor og bred database som består av medisinske artikler, og inneholder hovedsakelig vitenskapelige tidsskrifter. Medline har et emneordssystem som de kaller for MeSH-termer (Medical Subject Headings), og for hvert MeSH-trem finnes underemner som bidrar til et bredere søk (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Ved for eksempel å søke på emneoverskriften Pain kommer i tillegg opp forslag som Pain measurment og Pain management og så videre. I søkene ble disse søkeordene kombinert med andre søkeord ved å binde dem sammen med OR, som ga et bredere resultat. OR brukes for å finne referanser som inneholder begge søkeordene (Forsberg og Wengstrøm 2013).

SweMed+ er en nordisk database innenfor medisin og helse. Den inneholder referanser til artikler fra ca. 170 nordiske tidsskrifter (Helsebiblioteket u.å). I likhet med Medline bruker SweMed+ emneord som kan kombineres med AND eller OR for å gjøre søket bredere (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Resultatet i denne litteraturstudien er basert på kvalitative og tverrsnittstudie. Kvalitative studier tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2012). Tverrsnittstudie ble valgt for å fange opp prevalens og diagnostikk av problemet (Nortvedt m.fl. 2012). Forskningsartiklene ble så diskutert opp mot fagartikler og annen fag litteratur. Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i sykepleieperspektivet, da den skal se på utøvelsen av sykepleie rettet mot kartlegging av smerte til demente pasienter.

## 2. 2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt ut ifra litteraturstudiens hensikt. Litteraturstudien ut ifra hensikten ble avgrenset til å omhandle eldre demente pasienter med smerte. I følge WHO (u.å) defineres eldre som personer over 65 år, derfor ble eldre avgrenset deretter. Pasienter under 65 år ble derfor ekskludert. Ut ifra problemstilling ble det også avgrenset til å omhandle demente pasienter som ikke kunne selv rapportere smerte. Artikler som omhandler bare pasienter som kan selv rapportere smerte ble ekskludert. Både menn og kvinner ble inkludert. Det er ønskelig at kartleggingsverktøy slik som MOBID-2 og Doloplus-2 har blitt brukt i de ulike studiene, men det betyr ikke at andre kartleggingsverktøy ble ekskludert. MOBID-2 og Doloplus-2 ble valgt ut som mest ønskelig da disse er prøvd ut i norske sykehjem. Artiklene som er inkludert skal helst være publisert fra 2005 til dagsdato, dette for å innhente så ny forsknings som mulig.



## 2.3 oversikt over inkluderte artikler

Tabell 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Lillekroken D. m.fl. (2013)  Norge  Nursing science	Hensikten med denne studien er å utforske erfaringen sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ studie	18	Studien viser at smertevurdering hos pasienter med demens er en utfordrende sykepleier oppgave. Funn fra studien indikerer at sykepleierne har gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kunnskap om smertekartlegging og smerte atferd til demente pasienter. Studien understreker viktigheten med relasjon til pasienten.	Etisk godkjent.

Se Vedlegg: Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

## 2.4 Analyse

Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Når en skal analysere data, står en overfor en omvendt situasjon. Vi har en rekke data, men vi vet ennå ikke hvilke setninger vi kan konstruere av disse dataene. Analyse innebærer i hovedsak å finne mønsteret og sammenhenger mellom studiene. På bakgrunn av innsamlet datamateriell blir det dannet kategorier som belyser problemstillingen. Ut fra grovmaterialet lages det subkategorier der hovedgrupperingene, det vil si det som det er forsket på, inngår. Videre blir det bestemt hvilke kategorier som det er ønskelig å få besvart ut fra problemstillingen og kategoriene blir diskutert i diskusjonsdelen (Dalland 2012).

Subkategorier	Del kategorier	Kategorier
<p>Omsorgspersoner som tilbringer mer tid med pasientene klare å tyde de nonverbale signalene for smerte.</p> <p>Sykepleiere har vanskelig med å observere smertesignal på grunn av sin relasjon og involvering til pasienten.</p> <p>93 % av sykepleierne sier de er avhengig av kunnskap om beboernes vaner og behov, kunnskap om beboernes atferd.</p> <p>Viktigheten med å skape en relasjon til pasienten for å tolke signaler.</p> <p>Følelsesmessig tilknytting til pasienten er viktig for å klare å tolke signaler.</p> <p>Omsorgspersoner som tilbringer mer tid med pasienten er mer tilpasset pasientens smerteuttrykk.</p> <p>Sykepleiere som tilbrakte 10 timer eller mer med pasienten var mer sannsynlig til å tolke smertesignal.</p>	<p>Kjennskap om pasientens normale forhold</p> <p>Relasjonsbygging</p> <p>Mellom-menneskelige forhold</p> <p>Kommunikasjon</p> <p>Skape en god relasjon</p>	<p>Den relasjonelle siden ved smertekartlegging</p>

## 2.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å tenke over konsekvensene av det du har planlagt å gjøre. Det handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres. Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for studentoppgaver og forskning, det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser (Dalland 2012).

Informert, frivillig samtykke betyr at dem som involveres i forskning, gjør dette med vitende og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag. Det krever informasjon som gjør det mulig for de involverte å avgjøre om de vil delta i undersøkelsen. En person som blir bedt om å delta i et forskningsprosjekt, må stå fritt til å velge om han eller hun ønsker å delta (Dalland 2012). På grunn av at mange av pasientene i artiklene som ble valgt i denne litteraturstudien hadde nedsatt kognitiv funksjon eller demens var det å tilstrebe å bruke forskningsartikler som er godkjent av etisk komite. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) viser til generelle prinsipper ved forskning på personer med redusert samtykkekompetanse. Her kommer det frem at personer som ikke er i stand til å avgi et informert samtykke, skal som hovedregel bare inkluderes i forskning som: ikke kan utføres på personer som er i stand til å samtykke, og kan sannsynliggjøre den aktuelle forskningen er til direkte og betydelig gagn for den enkelte eller gruppen som forskes på.

For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer. Ved all medisins og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelige biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning (Dalland 2012). De fleste artiklene som beskrives i denne litteraturstudien er etisk vurdert. Det vil si at studiene er vurdert og godkjent av etisk komite før oppstart av studien. Hvis det mangler kvalitetsvurdering i allmenn litteraturstudie er risikoen stor for at man kan dra feilkonklusjoner (Forsberg og Wengstrøm 2013). Et fåtall av studiene som ble benyttet, sier ikke noe om etisk godkjenning, men i og med at studiene er publisert i anerkjente tidsskrifter ansees de som kvalitetsmessig gode.

## 3.0 Resultat

### 3.1 Den relasjonelle siden ved smertevurdering

Smerte vurdering til demente personer er utfordrende og krever kjennskap til pasienten (Horgas m.fl. 2013, Kassa m.fl. 2010). Studier viser at helsepersonell har lett for å stole på sine egne observasjoner av pasientens smerter. Forskning har imidlertid vist at denne observasjonen ikke alltid samsvarer med pasientens opplevelse av sin smerte (Choen-Mansfield m.fl. 2002), og dette da igjen krever at sykepleiere skaper en relasjon til pasienten (Horgas m.fl. 2013, Choen-Mansfield m.fl. 2002).

Sykepleiere synes det er vanskelig å observere smerte signalene til pasienter og får ikke med seg de viktigste atferds signaler (Zwakhale m.fl. 2012), noe sykepleiere har vanskeligheter med å observere på grunn av sin relasjon og involvering til pasienten (Zwakhale m.fl. 2012, Horgas m.fl. 2013, Choen-Mansfield m.fl. 2002).

I Choen-Mansfield m.fl. (2002) sin studie ble sykepleiere som ble stilt spørsmålet «*Hvordan kan du skille mellom smerte og fatigue i nonverbale eldre personer som lider av demens?*». Der svarte hele 93 % av sykepleierne at de var avhengig av kunnskap om beboernes vaner og behov, kunnskap om beboernes vanlige atferd. Videre på spørsmål om «*hvordan skiller du du mellom smerte og etterspørsel etter oppmerksomhet i nonverbale eldre personer som lider av demens?*» Svarte 76 % av dem at de var avhengig av å kjenne beboernes vaner og behov, skape en relasjon til pasienten (Choen-Mansfield m.fl. 2002).

Eritz m.fl. (2011) undersøkte muligheten for at omsorgspersoner som tilbringer mer tid med pasienten er mer tilpasset pasientens smerteuttrykk. I studien viste det seg at de omsorgspersonene som tilbrakte mer tid med pasienten lærte seg å kjenne igjen tegn på smerte og pasientens smerteuttrykk (Eritz m.fl. 2011). Sykepleiere må stole på sin egen dømmekraft (Choen-Mansfield m.fl. 2002) og kjennskap til pasienten, dette er viktig for å klare å oppfatte og fange opp smerte tegn (Zwakhale m.fl. 2012, Horgas m.fl. 2013, Choen-Mansfield m.fl. 2002, Eritz m.fl. 2011).

Omsorgspersoner som tilbringer mye tid sammen med pasienten klarer å tyde de nonverbale signalene på smerte (Eritz m.fl. 2011), og sykepleiere som er hovedansvarlig for pasienten kjente igjen smerte til pasienten bedre enn sykepleiere med mindre kunnskap til pasienten (Eritz m.fl. 2011 og Choen-Mansfield m.fl. 2002). Sykepleier som er følelsesmessig knyttet til brukeren har mer sannsynlighet til å oppdage smerten (Choen-Mansfield m.fl. 2002). Lillekroken m.fl. (2013) kommer frem til at sykepleier synes det er faglig utfordrende å arbeide med pasienter med demens med hensyn til smertekartlegging.

Studier understreker kjennskap og relasjon til brukeren som en forutsetning for smertevurdering (Eritz m.fl. 2011 og Choen-Mansfield m.fl. 2002), og dette er også noe sykepleier bekrefter (Choen-Mansfield m.fl. 2002). Videre kommer forskningen frem til at sykepleiere som tilbrakte 10 timer eller mer med pasienten var mer sannsynlig å tolke de nonverbale atferdsendringene, smertesignalene (Choen- Mansfield m.fl. 2002).

## **3.2 Den praktiske siden ved smertevurdering**

### **3.2.1 Kartleggingsverktøy**

Smertevurdering til personer med kognitiv svikt kan være utfordrende (Horgas m.fl. 2013 og Lints-Martindale m.fl. 2012), og dette er noe som blir mer utfordrende til pasienter uten evne til å kommunisere og nonverbale demente (Lints-Martindale m.fl. 2012). Kognitivt svekkede eldre rapporterer sjeldnere smerte enn kognitiv friske eldre (Horgas m.fl. 2009), og dette selv om smerten økte betydelig for begge gruppene ved aktivitet, rapporterte de kognitivt svekkede eldre betydelig mindre intens smerte(Horgas m.fl. 2009). Studier kommer fremt til at det å bruke smertekartleggingsverktøy til eldre demente er hensiktsmessig for å vurdere smerte (Horgas m.fl. 2013, Lints-Martindale m.fl. 2012, Kaasa m.fl. 2010, Torvik m.fl. 2009 og Husebo m.fl. 2010). Studier viser også at smertelindring hos eldre pasienter/beboere i institusjon avhenger av at personalet systematisk avdekker og behandler smerte (Larsen m.fl. 2013). Smerteforekomsten er synkende når evnen til å selv rapportere smerte avtar, selv om forekomsten av sykdommer som er forbundet med smerte er like høy. Noe av forklaringen kan være at det er vanskelig å kartlegge smerte hos ikke kommunikative personer (Torvik m.fl. 2009). Torvik m.fl. (2009) belyser viktigheten med verktøy for å kartlegge smerte hos ikke kommunikative demente. Zwakhalen m.fl. (2012) viser i sin studie at observasjonsbaserte kartleggings skjema er vel egnet til klinisk bruk.

Fra studie kommer det frem at Doloplus-2 er et anerkjent smertekartleggingsverktøy og studie anbefaler bruk av Doloplus-2 (Kaasa m.fl. 2010). Doloplus-2 er et nonverbalt observasjonsverktøy (Kaasa m.fl. 2010 og Torvik m.fl. 2009) som er basert på atferds observasjons metoder, med fokus på endring fra pasientens normale atferd (Kaasa m.fl. 2010). Doloplus-2 er utviklet og validert for å kartlegge smerte hos ikke kommuniserende pasienter (Torvik m.fl. 2009).

I studie gjort av Kaasa m.fl. (2010) viser det at sykepleier registrerte at 52 % av pasienten skal ha opplevd smerte, og 19,5 som ikke har smerter, dette uten bruk av Dolopius-2. Imidlertid uttalte sykepleiere at de ikke viste om pasienten opplevde smerte i 29 % av tilfellene. Når en da sammenlignet funnene fra sykepleiers subjektive vurdering av pasientens smerter med Dolopius-2 registrering av smerte til nonverbale pasienter så evaluerte sykepleierne at flere pasienter hadde smerter ved bruk av Dolopius-2. Når studien da så på bruken av Dolopius-2 var det 68 % av pasienten som ble evaluert til å oppleve smerte. Som tidligere beskrevet viste ikke sykepleierne i 29 % av tilfellene om pasienten hadde smerter eller ikke, 54 % av pasientene i denne gruppen ble vurdert til å oppleve smerte ved bruk av Dolopius-2 (Kaasa m.fl. 2010). Videre i Torvik m.fl. (2009) sin studie ble totalt 67,5 % av de som ikke kunne selv rapportere smerte estimert til å ha smerte med Dolopius-2. Dolopius-2 kan kanskje gi et mer korrekt bilde av smerte til pasienter med demens (Torvik m.fl. 2009), men siden Dolopius-2 er observasjonsbasert kan det være vanskelig å skille ut adferd som spesifikt indikerer smerte fra andre type adferd hos demente pasienter og kan resultere i overstimulering (Torvik m.fl. 2009). Dolopius-2 er testet ut på flere grupper eldre og det er funnet god Inter-rater og test-retest reliabilitet og validerte hos eldre med redusert kognitiv funksjon (Torvik m.fl. 2009).

Funn fra studien viser at flere pasienter ble kategorisert med smerteplager ved bruk av Dolopius-2 enn ved sykepleiers egen oppfatning av smerte (Kaasa m.fl. 2010). Videre viser studien til at Dolopius-2 kan være vanskelig og separerer spesifikk smerte oppførsel fra annen type atferd og utbredelsen av smerte kan derfor overvurderes med Dolopius-2. Dolopius-2 er et egnet verktøy for å observere om pasienten har smerte, men lokalisasjon og varians er noe som er vanskeligere å observere med Dolopius-2 (kassa m.fl. 2010). Studien konkluderer med at Dolopius-2 bør brukes i tillegg til sykepleieres subjektive vurdering når en skal kartlegge smerte hos nonverbale sykehjemspasienter som ikke kan selv-rapportere smerte og at Dolopius-2 bør brukes av primærsykepleier, sykepleiere med best kjennskap til pasientens atferd (Kassa m.fl. 2010).

Husebo m.fl. (2010) viser i sin studie at MOBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon. Studien viser at ved bruk av MOBID-2 del 1 ble de observert smerte hos 58 % av de demente pasientene med en smertescore på over 3. Her ble atferds forandringer og ansiktsuttrykk hyppigst registrert som tegn på smerte. I del 2 av MOBID-2 ble det observert smerte hos 42 % av pasientene. Totalt smerteintensitet ble målt til å være 63,6 % med MOBID-2 (Hosebo m.fl. 2010). Vider viser Husebo m.fl. (2010) i sin forskning av MOBID-2 viser moderat til veldig god Inter-rater reliabilitet både for del 1 og del 2 av kartleggingsinstrument og moderat til veldig god test-retest reliabilitet ved smerteintensitet.

I forhold til sykepleieres vurdering av total smerteintensitet ved MOBID-2 og legenes kliniske undersøkelse fant studien at disse resultatene samsvarte i svært høy grad. Studien registrerte også hvor lang tid det tok å gjennomføre kartleggingen av smerte med MOBID-2 og fant at gjennomsnittstid på gjennomføringen og utfyllingen var ca. 4 minutter (Husebo m.fl. 2010). Videre hevder Husebo m.fl. (2010) at MOBID-2 smerteskala er en ny måte og kartlegge smerte på, fordi ved å ta i bruk dette verktøyet har en muligheter til å evaluere pasientens smerteatferd og identifisere smerte som er lokalisert i indre organer, muskel/skjellet systemet hode og hud. MOBID-2 kartleggings skjema er i følge Husebo m.fl. (2010) sin studie et tilfredsstillende verktøy å ta i bruk av sykepleiere når en skal identifisere og kartlegge smerter hos demente sykehjems pasienter, og MOBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon. Påliteligheten av skårene for smerteintensitet hadde tendens til å øke etter gjentatte vurderinger (Husebo m.fl. 2010). Ved bruk av MOBID-2 smerteskala viste det seg at ansiktsuttrykk var mest brukt for å uttrykke smerte hos de demente pasientene, deretter smertelyder og forsvarsmekanismer.

Ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2 kommer man også frem til hvor pasienten har vondt (Husebo m.fl. 2010). MOBID-2 smerteskala, gir observasjon av smerteatferd under standardiserte, ledende bevegelser et godt grunnlag for reliabel og valid estimering av smerteintensitet relatert til muskel og skjelettsystemet, skalaen brukes effektivt i klinisk sykehjemsavdeling (Husebo m.fl. 2010). Resultatene i Horgas m.fl. (2008) sin studie støtter validiteten av atferds relatert (observasjonsbasert) smertevurderingsverktøy i forhold til selvrapporing som «gullstandard» for smertevurdering.

Larsen m.fl. (2013) viser i sin studie at 6 av 14 virksomheter benytter ikke kartleggingsverktøy ved vurdering av smerte. Ved bruk av kartleggingsverktøy økte også sykepleiernes bevissthet, kompetanse og forpliktelse i forhold til smerteevaluering (Husebo m.fl. 2010).

### 3.2.2 Kunnskap og observasjoner

Studie viser at kvaliteten i personalets vurdering av smerte avhenger av personalets kompetanse og kontinuitet i pasientoppfølging, og hvordan virksomheten gjennom valg av prosedyrer og rutiner har lagt til rette for avdekking av smerte (Larsen m.fl. 2013). Funn fra studier tyder på at pasienter som viser at sammensatt bilde av lidelse har større risiko for å være underbehandlet av smerte (Strand m.fl. 2008). Strand m.fl. (2008) studie viser til at smerte ikke blir oppdaget og henviser til økt fokus på smerte lindring og smerte vurdering i forhold til kunnskap til sykepleiere. I forskning viste det seg at pleiernes vurdering var avhengig av om pasienten hadde diagnostisert sykdommer som forskerne assosierte med smerte, og graden av kognitiv svikt hos pasienten. Pasienter med kognitiv svikt ble vurdert til å ha sjeldnere smerte og fikk mindre smertestillende medikamenter enn pasienten med normal kognitiv funksjon som kunne kommunisere smerte (Choen-Mansfield m.fl. 2002).

Det ble ikke observert tydelige smerterelaterte atferds forskjeller mellom kognitivt friske og kognitivt svekkede eldre (Horgas m.fl. 2009). I studien til Choen-Mansfield m.fl. (2002) kommer det frem at bare et mindre tall av de demente pasientene klarer å formidle sin smerte og smerteintensitet, og derav selv rapportere sin smerte. Atferd i forhold til kognitiv status var åpenbar da sammenhengen mellom smerteintensitet og smerterelatert atferd var tydelig blant de kognitivt friske med ikke hos de kognitiv svekkede (Horgas m.fl. 2009). Studien bevistførte en sammenheng mellom smerterelatert atferd og selvrapportert smerte og at den var ulik mellom kognitivt friske og kognitivt svekket eldre (Horgas m.fl. 2008).

Ved eldre med demens, som er avhengig av andre, må omsorgspersoner tolke smerte signaler for å hjelpe med smerten (Eritz m.fl. 2011). Torvik m.fl. (2009) sier at sykepleierne må observere pasienter som ikke kan selv rapportere smerte, med tanke på smerte for å være pasientens hjelper og talsmann i smertekartleggingen og smertebehandlingen. Sykepleier må lærer seg pasientens smerteuttrykk (Torviks m.fl. 2009). Demenssykdommen reduserer pasientens evne til å verbalisere sin smerte og pasienten kan da uttrykke sitt behov for smertelindring gjennom atferd og/eller kroppsspråk (Lillekroken m.fl. 2013).

Uttrykk for smerte ved personer som har demens er ofte nonverbale og tvetydige på grunn av deres refleksive natur (Eritz m.fl. 2011). Smerte til demente pasienter er assosiert med gjentagende aggressiv oppførsel (Horgas m.fl. 2013). Demente pasienter med alvorlig smerte intensitet er mer sannsynlig til å ha en aggressiv og irritert atferd (Horgas m.fl. 2009). Horgas m.fl. (2009) viser til at mer alvorlige smerter er forbundet med mindre vandrende atferd, og konkluderer i sin studie med at sammenhengen mellom smerte og forstyrrende atferd avhenger av hvilken type atferd som blir observert.



Mest vanlige atferd ved smerte er ansiktsuttrykk (Choen-Mansfield m.fl. 2002, Lints-Martindal m.fl. 2012, Husebo m.fl. 2010). Smerte relatert til aktivitet fremkalte oftest smerte relatert atferd (Horgas m.fl. 2009). 6 Punkter som bør observeres i forbindelse med smerter til eldre demente pasienter er: ansiktsuttrykk, verbal uttrykkelse, kroppsbevegelse, endring i mellommenneskelige interaksjoner, endring i aktivitets mønster/rutiner og mental status (Lints-Martindale m.fl. 2012). Det ble også observert berøring av en bestemt kroppsdel, stønn, sutring eller ynkelse ved forflyttelse som tegn på smerte hos eldre demente (Choen-Mansfield m.fl. 2002). Smertelyder (Husebo m.fl. 2010 og Choen-Mansfield m.fl. 2002) og forsvar (Husebo m.fl. 2010) var rapportert smerteatferd hos demente (Husebo m.fl. 2010 og Choen-Mansfield m.fl. 2002). Helsepersonell anså både tolkning av smerte tegn (Choen-Mansfield m.fl. 2002, Zwakhalen m.fl. 2012) og smerte skår som komplisert, fordi tilstedeværelse av ubehag eller panikk hos pasientene kunne føre til feilaktig og forhøyet smerteskår (Zwakhalen m.fl. 2012).

### 3.3 Den moralske siden ved smertevurdering

Zwakhalen m.fl. (2012) viser i sin studie at helsepersonell gjennomførte 90 % av de planlagte smertevurderingene ble gjennomført og registrerte (237 av 264 smertevurderinger, og dette viser at personalets anvendelse (gjennomførbarhet/gjennomføringsprosent) av smertekartleggingsverktøyet var høy. I få tilfeller av smertekartlegging ble ikke tiltaksskjemaet utfylt selv om smerte ble identifisert på tross av at helsepersonell ble instruert til å fylle disse ut. Funn fra de utfylte tiltaksskjemaene viste at det i 17,44 % av tilfellene ikke ble igangsatt smertelindrende tiltak selv om funn fra smertekartleggingsskjemaet indikerte at pasienten hadde smerter (Zwakhalen m.fl. 2012). Sykepleier ga ikke faste smertelindrende medikamenter til tross for at pasienten eller sykepleieren rapporterte smerte (Torvik m.fl. 2009). Helsepersonell var positive til den kliniske anvendeligheten av smertekartleggingsverktøyet men stilte seg i varierende grad fra nøytral til negativ til jevnlig (i en seks ukersperiode) smertekartlegging. Selv om regelmessig smertekartlegging blir innført fører det ikke til at en økning av smertekartlegging blir gjennomført (Zwakhalen m.fl. 2012). Zwakhalen m.fl. (2012) viser videre til holdninger til helsepersonell har ved bruk av smertekartleggingsverktøy til demente.

Choen-Mansfield m.fl. (2002) kommer frem til at hjelpepleiere har en tendens til å rapportere endringer i atferd som kan tyde på smerte, imidlertid prosessen med å behandle smerten blir mer komplisert som det går gjennom kommandokjeden. Dette konkluderer Choen-Mansfield m.fl. (2002) er at sykepleiere er begrenset av faktorer som deres meninger/holdninger om smertelindrende medikamenter til eldre, tilbakeholdenhet ved å gi smertelindrende medikamenter når det ikke er en spesifikk smerte eller Medical tilstand som ville utløse økt smerte. Sykepleier har en tendens til å fokusere unødig på diagnoser i listen som en forklarende modell på pasientens oppførsel, og dermed utelukker andre forklaringer (Choen – Mansfield m.fl. 2002). Sykepleiere er også tidsbegrenset, når pasienter er i smerte ringer de pleiepersonalet mer og mer og tar opp deres tid mer (Choen-Mansfield 2002).

Sykepleier må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos demente pasienter. Etske betraktninger ved kartlegging og behandling av pasientens smerter er de mest vanlige (Lillekroken m.fl. 2013). Sykepleier er bekymret over hvor mange eldre mennesker som kan/er underdiagnostisert og underbehandlet av smerte. Videre sier sykepleierne at årsaken til dette kan være mange og sammensatte, men pasientens høye aldre, individuelle behov for smertelindring, demenssykdommen som fører til omfattende kognitiv svikt og svekket kommunikasjon kan være noen av dem (Lillekroken m.fl. 2013).

Sykepleiere benyttet sjelden eller nesten aldri smertekartleggingsverktøy. Og en av sykepleierne var sikker på at:

*«Vi har nok ikke noe slikt verktøy som vi bruker her på post i utgangspunktet. Det kan hende at leger har noe, som de bruker nå de går og snakker med pasienten, men ikke vi, sykepleierne... som tar fram helt naturlig og bruker. Det gjør vi ikke..»*

(Sykepleier I: Lillekroken m.fl. 2013)

Lillekroken m.fl. (2013) viser til kunnskap og holdninger til sykepleiere rundt smertekartlegging til eldre demente. Videre uttrykte sykepleiere at de ikke hadde noen spesielle retningslinjer for å kunne vurdere og kartlegge smerte til demente. En av sykepleierne sa:

*«... Har du vondt, så får du en pille, eller et øyeblikk så kommer vi...»*

(Sykepleier i: Lillekroken m.fl. 2013)

Smertekartlegging hos pasienter med demens var en utfordring informantene i Lillekroken m.fl. (2013) sin studie mente kunne være årsaken til at pasienten fortsatt lider unødvendig. Sykepleierne har også ansvar for egen fagutvikling og å arbeide kunnskapsbasert. Dette mener Lillekroken m.fl. (2013) handler også om holdninger til sykepleierne.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Resultat diskusjon

*Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan vurdere og kartlegge smerte hos demente sykehjemspasienter som ikke kan selv rapportere smerte.*

#### 4.1.1 Den relasjonelle siden ved smertevurdering

Resultatet viser at smerte vurdering til demente personer er utfordrende og krever kjennskap til pasienten. Videre viser resultatet at smertekartlegging til demente krever at sykepleiere har en relasjon til den demente pasienten. Bjørø og Torvik (2008) viser til at smerteuttrykk hos eldre med demens er individuelle, og det kan være vanskelig for sykepleiere å skille smerteatferd fra vanlig demensatferd. Kunnskap om og kjennskap til den enkelte demente pasienten er en forutsetning for å kunne tolke atferdsendringer som kan gi mistanke om smerteproblemer (Nygaard 2009). Derfor er det svært viktig at sykepleiere kjenner den dementes vanlige måte å være på og prøve å skape en relasjon til den demente pasienten (Bjørø og Torvik 2008). Munch (2009) uttrykker at relasjon mellom pasient og hjelper ligger til grunn for å forstå pasientens smerte og for å kunne hjelpe pasienten med smerteproblemene. For å skape en god relasjon til pasienten er det viktig at sykepleieren innstiller seg empatisk til pasienten og prøver å forstå pasienten. Videre uttrykker Martinsen at det må eksistere en relasjon før omsorg kan finne sted. Sykepleierens ansvar er å ivareta lidende personer som er svake og avhengige av omsorg (Martinsen 2003). Martinsen (2003) sier videre at omsorg er en sosial relasjon.

*«Med andre ord, min eksistens forutsetter andre... Fellesskapet eller solidariteten som en form for kollektiv omsorg for hverandre, er forutsetning for min eksistens – min dagligverden – har mening»*

(Martinsen 2003: 69)

Her kommer det frem at omsorg alltid forutsetter andre. Omsorg skal bestå av et nært og åpent forhold mellom mennesker. Omsorg vil altså si å måtte ta hensyn til andre, i en relasjonell betydning (Martinsen 2003). Munch (2009) uttrykker at relasjon handler om å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og å forstå det som skjer i samspillet med den andre. Kristoffersen og Nordtvedt (2011) sier at evnen til å forstå andre mennesker læres over tid. Å forstå den andre betyr å være villig til å lete etter mening bak pasientens atferd eller ytringer (Munch 2009). Videre uttrykker Munch at relasjon til demente dreier seg om empati, tålmodighet, varme, kunnskap, fleksibilitet, realisme og et positivt syn på mennesket. Dette betyr at sykepleiere har kunnskap om og innsikt i den demente pasientens livshistorie og vaner, og har kompetanse til å forstå hvilke behov pasienter har og hvilken støtte den demente trenger (Munch 2009).

Resultatet sier at omsorgspersoner som tilbringer mye tid sammen med pasienten klarer å tyde de nonverbale signalene på smerte, og sykepleiere som er hovedansvarlig for pasienten kjente igjen tegn på smerte til pasienten bedre. Egan m.fl. (2007) viser i sin studie at pleierens kjennskap til pasienter med demenssykdom sin livshistorie har innvirkning på den omsorgen pleierne gir. Omtrent halvparten av pleierne i studien fortalte at de hadde endret den omsorgen de ga etter å ha lest pasientens livshistorie. Ved å kjenne den dementes livshistorie fikk de da en bedre forståelse av pasientens atferd. Solheim (1995) sier at kartlegging av pasientens historie gir innblikk i det livet pasienten har levd og viktige hendelser som har satt «spor» hos pasienten. Her er det også viktig med kjennskap til den dementes livshistorie. Videre sier Egan m.fl. i sin studie at sykepleierne uttrykte at pasienten ble mer «virkelige» personer etter at de hadde lest livshistorien deres. Pasienten ble behandlet mer individuelt, og spesiell atferd ble sett i lys av pasientens tidligere opplevelser (Egan m.fl. 2007). Dette viser at når pasienten blir satt inn i en kontekst får vi et mer helhetlig bilde av hvilken person han er. Mer kunnskap om pasientens livshistorie fører til at sykepleiere får en bedre forståelse av pasientens atferd og vaner, noe som kan gi en bedre smertevurdering.

Ved å kjenne pasientens livshistorie kan man få en bedre forståelse av pasientens atferd og deretter igjen pasientens smerter. Da er det også viktig å ha kunnskap om den psykiske smerten demente kan ha. Hægerstam (2007) sier at ved vurdering av smerte er også kunnskap om personens psykiske tilstand av stor betydning. Den fysiske smerten kan i stor grad være påvirket av psykiske forhold. Videre sier Hægerstam (2007) at lidelse kan ha mange ulike årsaker som f.eks. tørste, trøtthet, redsel, dødsangst, generell angst og depresjon. Når man har vonde følelser, kjenner man det ofte som fysisk smerte. Det gjør vondt i hodet, hjertet eller magen, selv om disse kroppsdelene ikke har blitt utsatt for noe. På samme måte som fysiske skader kan føre til langvarige eller permanente smerter, kan sorg og følelsesmessige traumer gi langvarige eller permanente emosjonelle smerter (Ellingsen 2008). Graneheim m.fl. (2006) sier at det å leve med demens og forstyrrende atferd på sykehjem handler om å være omgitt av lidelse. De demente sykehjemspasientene i Graneheim m.fl. sin studie ser på lidelse som å være fanget av begrensninger, følelsen av å være overbeskyttet og å bli behandlet som et barn. Videre uttrykker de lidelse i form av savnet av frihet til å kunne komme og gå som de ønsket, savnet av deres uavhengighet. De lengtet etter tidligere rutiner og meningsfulle dialoger med tidligere venner og kollegaer. En betydning av å være inkludert er følelsen av å være nødvendig og verdsatt (Graneheim m.fl. 2006).

Resultatet sier at kjennskap og relasjon til brukeren er en forutsetning for smertekartlegging. For da å skape en best mulig relasjon til pasienten er det avgjørende å oppdage hva som er pasientens kommunikasjonsstil og behov, og så å tilpasse denne når man kommuniserer med pasienten (Munch 2009). Munch sier videre at sykepleiere må kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. Dette forutsetter at du møter den andre som et selvstendig individ og viser respekt for den andres integritet og rett til selvbestemmelse. Dette betyr at handlinger en sykepleier utfører i direkte kontakt med personen med demens, forutsetter at vedkommende har forestillinger om pasienten som en person som på tross av demenssykdommen har følelser, tanker, sansevner og en opplevelse av seg selv som person, selv om pasientens atferd, ytringer og ord ikke alltid er lette å forstå (Munch 2009). Dette er også noe Martinsen (2000) understreker:

*«Alt levende liv skal få lov til å være til, men det skal også få lov til å være til som seg selv, i sin eiendommelighet og med sitt særpreg. Likhet og forskjellighet er ikke hverandres motsetninger, men et grunnvilkår. Det som forender mennesket og gjør oss like, er også det som gjør oss uendelig forskjellig fra hverandre. Å være til er å få lov til å være seg selv»*

(Martinsen 2000: 26)

En relasjon basert på samarbeid, der pasientens perspektiver fanges opp, må utvikles om kvaliteten på omsorgen skal bli bedre (Rokstad 2009). Kristoffersen og Nordtvedt (2011) understreker at som sykepleier må man ha respekt og ydmykhet for det man ikke kan se og ikke kan forstå. Den viktigste evnen en sykepleier har til å leve seg inn i andres situasjon er, empatien. Videre sier Kristoffersen og Nordtvedt (2011) at man kan aldri vite med sikkerhet hva det andre menneske føler. Som sykepleier må man tolke den andres utsagn, kroppsuttrykk og tegn. Som sykepleier må man ha respekt og ydmykhet for det man ikke kan se og ikke kan forstå (Kristoffersen og Nordtvedt 2011).

Å etablere kontakt med en person med demens og forstå hva personen prøver å formidle med sin adferd og sine utsagn er ikke alltid lett. Dette er et utfordrende område som stiller store krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon. Det er viktig å lytte til og prøve å forstå det følelsesmessige budskap som ligger i det pasienten sier eller gjør (Eide og Eide 2008). Eide og Eide hevder videre at kommunikasjonskunnskaper til sykepleier er med på å styrke relasjonen til den demente. Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet som anvendes i hjelpeprosessen til eldre demente. Nonverbal kommunikasjon kan være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon, skape motivasjon. Nonverbal kommunikasjon bidrar til bekreftende kommunikasjon og til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon (Eide og Eide 2008).

For sykepleiere og annet helsepersonell er det en stor utfordring både å delta i og forstå en smertepasient erfaringsverden, og å formidle kunnskap, respekt og anerkjennelse og dermed et felles grunnlag og for å kartlegge og vurdere den eventuelle smerten pasienten kan ha (Eide 2008).

#### 4.1.2 Den praktiske siden ved smertevurdering

##### 4.1.2.1 Kartleggingsverktøy

Resultatet viser at smertelindring hos eldre pasienter/beboere i institusjon avhenger av personalet systematisk avdekker og behandler smerte. Systematisk kartlegging av smerte er nødvendig fordi det gir viktig informasjon som grunnlag for valg av tiltak, evaluering av effekt av tiltak og for kommunikasjon om pleie og behandling. Bruk av standardiserte verktøy for og registrert smerte hos eldre på sykehjem bidrar til konsekvent registrering og bedre fremmer kommunikasjon mellom helsepersonell (Bjørø og Torvik 2008). Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg (Galek og Gjertsen 2011).

Resultatet viser at det kan være vanskelig å kartlegge smerte hos ikke kommunikative personer, og at det er viktig med smertekartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos demente. Dette støttes opp av Bjørø og Torvik (2008) som sier at smertevurdering hos eldre med demens er utfordrende. Mange er ikke i stand til å formidle sine smerter tydelige og evnen til språkligkommunikasjon svekkes i så stor grad at pasienten ikke lenger klarer å formidle sin smerte med ord. I de senere årene er det utviklet flere skjemaer som er til stor nytte for kartlegging av smerte hos gamle uten evne til å uttrykke seg verbalt (Bjørø og Torvik 2008).

Resultatet viser at Doloplus-2 er et anerkjent smertekartleggingsverktøy som er utviklet og validert for å kartlegge smerte hos ikke kommuniserende pasienter. Dette er noe som bekreftes av litteratur som sier at Doloplus-2 har vist god stabilitet og verktøyet er nyttig til bruk i klinisk praksis (Bjørø og Torvik 2008 og Galek og Gjertsen 2011). Videre sier Bjørø og Torvik (2008) at Doloplus-2 viste god sensitivitet idet verktøyet har evnene til å differensiere pasienter som har smerte fra de som ikke har smerte. Bjørø (2009) påpeker at det er vanskelig å vite hvordan poengscoren i Doloplus-2 skal tolkes, noe som kan gjør at pasienten blir over- eller undervurdert. Bjørø (2009) sier videre i sin artikkel at to studier viser motstridende resultater hva gjelder validitet, og indikerer behov for ytterligere evaluering av Doloplus-2. Videre kan det være behov for revisjoner av verktøyet mener Bjørø (2009).

Resultatet viser at MOBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon. MOBID-2 er et nytt verktøy, verktøyet omfatter kun tre av seks atferds kategorier på American Geriatrics Society listen (Gelak og Gjertsen 2011) (se under 4.2.2 kunnskaper og observasjoner), noe Bjøro (2009) mener er en svakhet for skjemaet. Bjøro (2009) mener også at dette kan føre til at pasienter som ikke uttrykker den atferden som står i MOBID-2, kan bli misforstått av sykepleiere som smertefri. Dette gjør at sykepleiere som utfører kartleggingen må ha kunnskap om andre typer smerteatferd, og ta alle typer tegn på alvor (Galek og Gjertsen 2011). Sandvik og Husebø (2011) påpeker at noen sykepleiere kan misforstå hvordan de skal legge sammen poengene i MOBID-2, og de anbefaler grundig opplæring i bruk av MOBID-2 før den tas i bruk. Bjøro (2009) konkluderer med at skjema virker enkelt og lettfattelig men scoringen er uklar. Sandvik og Husebø (2011) viser i sin artikkel at MOBID-2 kan føre til bedre kompetanse på smertekartlegging hos pleiepersonalet. Videre understreker Sandvik og Husebø (2011) at MOBID-2 fungerer best ved et tverrfaglig samarbeid, og der alle yrkesgrupper bruker skjemaene i smertebehandlingen.

Resultatet viser at observasjonsbasert kartleggingskjema er vel egnet til klinisk bruk. Ved observasjonsverktøy prøver en å avdekke atferd styringer som indikasjon på smerte (Knudsen og Larsen 2010). Bjøro sier at systematisk og regelmessig kartlegging av smerter er nøkkelen til god smerte behandling. Når man tar i bruk disse kartleggingsverktøyene så er hensikten å skaffe sykepleier pålitelig informasjon av pasientens smerteopplevelse, for deretter å velge smertebehandling, evaluering av behandlingseffekt, og til sist, men ikke minst, fremme god kommunikasjon og samhandling mellom pasient og sykepleier (Bjøro 2009). Når pasientens demenssykdom utvikles og evnen til å forstå og sette ord på sanseopplevelser som smerte svekkes, så innebærer det at det bli vanskeligere å vurdere smerten til pasienten. Selvrapporing er gullstandard for smertekartlegging (Bjøro og Torvik 2008), og når dette ikke lenger er mulig å gjennomføre hos den demente pasienten så kan sykepleier ta i bruk verktøy for atferds basert smertekartlegging (Bjøro 2009). Systematisk kartlegging med verktøy bidrar til konsekvent registrering, avdekking av smerteproblem og god kommunikasjon om smerte og smertelindring mellom sykepleier og andre helseinnsatser. Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er anbefalt til bruk hos personer med alvorlig demens. Slike skjema bidrar til økt bevissthet på smerteproblematikk hos demente (Galek og Gjertsen 2011). Mesteparten av observasjonsskjemaene er i en tidlig utviklingsfase, og det understrekes behov for ytterligere utprøving (Knudsen og Larsen 2010).

Martinsen (2003) sier at det er i vår praktiske omgang med tingene at vi treffer andre mennesker, og vi bruker tingene ut fra en bestemt måte vi befinner oss på i forhold til andre. Mennesket forholder seg til andre gjennom å bruke ting. Det vi gjør for og med andre gjennom bruken av tingene, er ledet av en form for forståelse for andres situasjon ut fra den felles sammenheng vi befinner oss i. Forståelsen er i bruken av tingene overfor andre, og det er måten vi bruker tingene på som her er viktig. Videre understreker Martinsen (2003) at sykepleiere med sin sykepleierbakgrunn kan bruke de enkle redskapene – vaskekluten, bekkenet, skjeen – på en slik måte at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen, at han anerkjennes og ikke umyndiggjøres. Her understreker Martinsen viktigheten med hvordan vi gjør de praktiske handlingene ovenfor pasienten. Martinsen (2003) hevder videre at vi er på en måte det vi gjør, og dette understreker viktigheten med å tenke igjennom hvordan du gjør det praktiske i møte med pasienten.

#### **4.1.2.2. Kunnskap og observasjoner**

Resultatet viser at smerte ikke blir oppdaget og henviser til økt fokus på smerte vurdering i forhold til kunnskap til sykepleierne. Omsorgsarbeid i sykepleien er vesentlig rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger blant annet kunnskaper (Martinsen 2003). Det er sykepleiers oppgave å tolke nonverbale smerteuttrykk og sette i gang tiltak for å lindre pasientens plager. For at sykepleierne skal være i stand til å utføre denne oppgaven kreves det at vedkommende er oppmerksomt og har kunnskaper. Det er sykepleiers oppgave å identifisere smertetilstander. Det tilsier at sykepleier må ha gode kunnskaper om demens, smerte, smertekartlegging og-behandling (Galek og Gjertsen 2011).

Resultatet viser at smerter ved personer som har demens er ofte nonverbale og tvetydige. Dette er også noe Eide og Eide (2008) støtter opp om. De nonverbale signalene er ofte flertydige og vanskelig å tolke. Evnen til å observere og tolke nonverbale tegn varierer, ikke minst med erfaring. Som regel er det ingen fasitsvar, tegn må tolkes (Eide og Eide 2008). Videre sier Eide og Eide (2008) at man må prøve seg frem, lytte og prøve seg frem igjen. Det er her sykepleiere skaper den erfaring man trenger for å tolke de nonverbale signalene til den demente pasienten med smerte. Nonverbale tegn og signaler kan være mange. I følge Bjøro og Torvik (2008) er ansiktsuttrykk det smerteuttrykket som de fleste syntes var lettest å tolke, mens de psykososiale reaksjonene var det uttrykket som var vanskeligst å tolke.



Resultatet viser til 6 punkter som bør observeres i forbindelse med smerter til eldre demente pasienter: ansiktsuttrykk, verbal uttrykkelse, kroppsbevegelse, endring i mellommenneskelige interaksjoner, endring i aktivitets mønster og mental status. Dette er noe som blir støttet opp av litteratur (Eide og Eide 2008, American Geriatrics Society 2002).

American Geriatrics Society (2002) har kommet frem med en oversikt som er lett og oversiktlig i forhold til observasjoner av smerte til demente pasienter:

- *Ansiktsuttrykk*: Mørkt, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
- *Verbalisering, vokalisering*: Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop.
- *Kroppsbevegelser*: Rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelse.
- *Forandring i mellommenneskelig samhandling*: aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende forstyrrende atferd, tilbakeholden, reservert oppførsel
- *Forandring i aktivitetsmønster og rutiner*: matvegring, endring i matlyst, lengre hvileperioder, endring i søvnmønster, plutselig endring i vanlige rutiner, økt vandring.
- *Forandring i mental status*: gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet.

Kilde: American Geriatrics Society (2002)

Resultatet viser at ved eldre med demens, som er avhengig av andre, må omsorgspersoner tolke smerte signaler for og hjelp med smerte, sykepleier må lære pasientens smerteuttrykk. Rokstad (2004) sier at ved brått oppstått uro, aggresjon eller annen problematferd bør en alltid undersøke om det kan ligge somatiske årsaker bak atferden. Også smerter kan være bakgrunn for atferden. Ved roping og diffus uro må en alltid kartlegge om pasienten kan være smertepåvirket. Hos alvorlige demente kan endret atferd være det eneste signal på at de har smerter. Pasienten greier ikke selv å kjenne igjen, lokalisere eller fortelle til andre at de har smerter; de uttrykk der det gjennom atferd (Rokstad 2004).

Resultatet viser at kvaliteten i personalets vurdering av smerte avhenger av personalets kompetanse og kontinuitet i pasient oppfølgingen, og hvordan virksomheten gjennom valg av prosedyrer og rutiner har lagt til rette for avdekking av smerte. Når virksomheten har mange personer med ulik kompetanse i pleiegruppen, mangler ved dokumentasjonssystem, mangler rutiner og prosedyrer og ikke benytter validerte kartleggings skjema, vil avdekking av smerte bli tilfeldig. Smerte blir avdekket hos personer både med og uten demensdiagnose, men det er rimelig å anta at ved mer systematisk arbeid med smerteproblematikk ville det blitt avdekket smerte hos flere pasientene og kanskje spesielt hos de med demenssykdom (Knudsen og Larsen 2010).

#### 4.1.3 Den moralske siden ved smertevurdering

Resultatet viser at holdninger til sykepleiere ved kartlegging av smerte til eldre kan ligge i veien for god smertekartlegging til eldre med demens. Rokstad (2009) sier at helsepersonell, er som alle andre, preget av samfunnets rådende strømninger og holdninger ovenfor personer med demens. I tillegg til dette blir helsepersonell preget av fagfeltets beskrivelse og vinklinger når det gjelder demente. Videre understreker Rokstad (2009) at helsepersonell må endre sine holdninger mot den demente pasientgruppen, slik at de ikke inntar en posisjon som bedrevitere, men i langt større grad prøver å lokke frem pasientens ønsker og behov. Nygaard (2009) kommer frem i sin forskning at demensdiagnosen legger føringen for håndtering av smerteproblemer. Personer med diagnosen demens fikk mindre smertebehandling enn personer med like alvorlig demens, men som ikke hadde journalført demens diagnose. Dette understreker at sykepleieres holdninger mot pasienter med demens kan styre sykepleierens handlinger i forhold til smertekartlegging hos den demente. Martinsen (2003) uttrykker at omsorg har en moralsk side og vi tar moralske beslutninger ut fra bevissthet om menneskesyn. Martinsen (2003) snakker også om omsorgsmorale som har å gjøre med hvordan sykepleier lærer å bruke sin makt. Den demente pasienten er i en avhengighetsrelasjon med sykepleiere og Martinsen (2003) mener at i en slik relasjon inngår makt. Makt kan brukes moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. Videre sier Martinsen (2003) at skal vi lære å handle solidarisk må vi kunne foreta moralsk skjønn ut fra en situasjon forståelse basert på kunnskap og bevissthet om verdier og hvor målet må være. Martinsen (2003) understreker at omsorgsmorale er å handle ut fra prinsippet om ansvaret for svake.

Resultatet viser at sykepleiere også var tidsbegrenset, når pasienten er i smerte ringer de pleiepersonalet mer og mer og tar opp deres tid mer. Hall-Lord viser at eldre personer med langvarig smerte forventer at de skal få hjelp og støtte av pleiepersonalet. Eldre personer ønsket at personalet skulle være empatiske og vise vennlighet, noe som de mente virket smertelindrende (Hall-Lord 2009). Dette er noe som er overførbart å tenke om demente personers tankegang.

Blomquist viser til at eldre mennesker vurderte pleiepersonalet til å være for opptatt, eller hadde det for travelt til å ha tid til dem. Eldre personer som var resignert, oppfattet at de var en byrde for andre. De ville ikke vise sin smerte, fordi de følte da at de var til bry, og de kunne da forstyrre personalet (Blomquist 2002). Det overordnede målet med kartlegging av smerter er å lindre pasientens smerter slik at livskvaliteten og funksjonsnivået til pasienten bedres (Bjørø og Torvik 2008). Martinsen (2003) fremmer at sykepleie skal baseres på å gi omsorg til ikke- selv hjulpte mennesker. Det omtaler Martinsen (2003) som omsorgsarbeid og det omhandler at sykepleier tar vare på syke og pleietrengende pasienter som ikke kan ta vare på seg selv.

Siden demente har begrenset evne til å selv rapportere smerte, er pasienten avhengig av sykepleiere som ikke forholder seg likegyldig til smertekartlegging. Enten dette er ved observasjon av smerteatferd eller ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Bjørø og Torvik 2008). Sykepleierens moralske holdning viser seg i måten omsorgen utøves på gjennom praktiske handlinger og tilstedeværelse i relasjoner (Martinsen 2003). I følge Martinsen (2003) står sykepleiere ovenfor moralske utfordringer rundt det å handle godt og riktig i enhver sykepleiesituasjon, det vil si det som er best for pasienten. Martinsen (2003) konstaterer at forholder man seg likegyldig til en pasient er omsorgen uekte. Resultatet viser at selv om regelmessig smertekartlegging ble gjennomført av helsepersonell førte det ikke til økning i smertelindrende tiltak ble igangsatt eller gjennomført, dette er i følge Martinsen (2003) uekte omsorg.

Resultatet viser at sykepleiere må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos demente pasienter. Etske betraktninger og behandling av pasientens smerter er de mest vanlige. Berentsen (2008) sier at etiske vurderinger og betraktninger dreier seg om å finne ut hva som er rett og galt i situasjoner der det kanskje ikke finnes en løsning som alle parter synes er helt riktig. Men det som er viktig er at avgjørelser må gjenspeile respekt for den enkelte pasienten og vise at hvert menneske har en iboende verdighet som gjør det like verdifull som alle andre. Rokstad (2009) sier at for og ikke utsette pasienter med demens for unødvendig risiko må en sikre at behandlingen gis på grunnlag av kunnskap. Det innebærer at en trekker sin egne erfarings basert kunnskap inn, i tillegg til kunnskap om den aktuelle situasjonen og relevant fagkunnskap. Videre understreker Rokstad (2009) viktigheten av etisk kompetanse og omsorgsetikk i samarbeid med den demente pasienten. Martinsen (1993) sier at etikk er grunnet på omsorg og kjærlighet. Videre sier Martinsen (1993) at livsytringene er født etiske og beskriver livsytringene som barmhjertighet, tillit, åpen tale, sannferdighet og håp. Livsytringene er spontane og kommer «bakpå» oss uten at vi vet om dem (Martinsen 1993).

*Etikken lever spontant og regelløst i nærværets bevegelse mot den andre for å handle til den andres beste, og det er det enkleste og mest overkommelige av alt.*

(Martinsen 1993 s. 73)

Resultatet viser at sykepleiere er bekymret over hvor mange eldre mennesker som kan være underdiagnostisert og underbehandlet. Eide mener at helsepersonell har en tilbøyelighet for å undervurdere smerte hos pasienter som har hatt smerte over lengre tid. Mange pasienter har smerte, og det kan også tyde på at pasienter har vanskelig for å kommunisere sin smerte på måter som gjør at den blir oppfattet av helsepersonell, og at sykepleieren kan ha vanskeligheter med å oppfatte pasientens kommunikasjon av smerte og behov. En viktig oppgave for sykepleierne er å kommunisere slik at pasienten føler seg sett og forstått. Dette innebærer blant annet å vise respekt, gode holdninger og signaliserer at man tar pasientens opplevelse av smerte på alvor (Eide 2008).

Resultatet viser at det ikke fantes noe spesielle retningslinjer for å kunne vurdere å kartlegge smerte til demente. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderingen i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

*«Sykepleie skal bygge på forskning, erfarings basert kompetanse og brukerkunnskap»*

(NSF 2011)

Videre kommer det fram i retningslinjene at sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til ny kunnskap anvendes i praksis (NSF 2011). Dette betyr at sykepleiere selv har ansvar for å holde seg oppdatert når det kommer til ny kunnskap om kartlegging og vurdering av smerte til demente.

## 4.2 Metode diskusjon

Datainnsamlingen startet med søk i 2 anerkjente databaser, Medline og Swemed+. På bakgrunn av oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble søkene videre avgrenset for å gjøre treffene mer relevante for oppgavens hensikt. Søkeordene ble valgt ut i fra relevans til hensikten og etter de begreper som dukket opp i den innledende fasen. Det at de valgte søkeordene ga relevante treff gjordet at andre søkeord ikke ble benyttet. Dette kan være en svakhet i forhold til at andre ord og kombinasjoner kunne gitt andre, og kanskje bedre resultat. Selve søkestrategien er gjennomført usystematisk. Dette kan vurderes som en mulig svakhet med denne type studie da gode artikler kan gå tapt. Tidsbegrensingen gjorde også at det var utfordrende å finne de mest aktuelle artiklene som kunne bidratt til å belyse problemområdet. Det å kun forholde seg til 2 databaser kan muligens være en svakhet ved resultatet, andre databaser kunne kanskje gitt ytterligere bedre grunnlag for å besvare hensikten. Men det å finne relevante artikler i anerkjente databaser er en styrke for resultatet da andre mindre anerkjente databaser kunne gitt dårligere resultat. Selv om et utvidet søk i flere databaser kunne vært en styrke for oppgaven, ble ikke dette ansett som hensiktsmessig i forhold til oppgavens ordomfang og tidsperspektiv.

Utvalget bestod av artikler fra Canada, USA, Norge og Nederland. Det viste seg ikke å være noe tydelig forskjeller i sykepleierens holdninger på bakgrunn av hvilket land forskningen ble gjennomført i, tross at helse og utdanningspolitikken i disse landene kan være ulike. Det kunne derfor tenkes av disse studiene også kunne være relevant i norsk sammenheng og hadde god overførbarhet til Norge.

Dalland (2012) understrekte at studentene burde anvende ny kunnskap innenfor utvalgt tema, og stille seg kritisk til eldre forskning. Dette er også noe som ble vurdert i eksklusjonskriteriene der artiklene ikke skulle være eldre enn år 2005. Selv om dette var ønskelig, ble det innhentet en artikkel fra 2001. Artikkelen ble kritisk vurdert og anså det dermed som hensiktsmessig å inkludere denne artikkelen i oppgaven.

Dalland (2012) sier at det er en kunst å avgrense seg. Oppgaven kunne kanskje blitt bedre besvart dersom hensikten var mer avgrenset. Dette er kanskje mest synlig i diskusjonen der enkelte områder kunne blitt enda dypere diskutert. Det ble forsøkt å begrense antall funn som skulle diskuteres på grunn av at det var ønskelig å skrive utfyllende om de utvalgte områdene. Det er mulig at det kunne blitt valgt ut enda færre områder for diskusjon, da noen elementer kanskje ikke blir godt nok diskutert. Flere forskningsartikler kunne blitt inkludert i diskusjonen for å styrke oppgaven. Spesielt reviewer, på bakgrunn av tidsbegrensning ble antall nye forsknings artikler begrenset.

## 5.0 Konklusjon

- Kunnskap om og kjennskap til den enkelte demente pasienten er en forutsetning for å kunne tolke atferdsendringer som kan gi mistanke om smerteproblemer.
- Når man skal smerte vurdere demente er det viktig at sykepleiere kjenner den dementes vanlige måte å være på og prøver å skape en relasjon til den demente pasienten.
- Skape en relasjon til den demente dreier seg om empati, tålmodighet, varme, kunnskap, fleksibilitet, realisme og et positivt syn på mennesket.
- Mer kunnskap om pasientens livshistorie fører til at sykepleiere får en bedre forståelse at pasientens atferd og vaner, noe som kan gi en bedre smertevurdering
- For å skape en best mulig relasjon til pasienten er det avgjørende å oppdage hva som er pasientens kommunikasjonsstil og behov, og så å tilpasse denne når man kommuniserer med pasienten.
- Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling pleie og omsorg.
- Observasjonsbasert kartleggings skjema er vel egnet til klinisk bruk.
- Systematisk og regelmessig kartlegging av smerter er nøkkelen til god smerte behandling.
- Doloplus-2 er et anerkjent smertekartleggingsverktøy som er utviklet og validert for å kartlegge smerte hos ikke kommuniserende pasienter.
- MOBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon.
- Smerter uttrykk til personer med demens er ofte nonverbale og tvetydige, evnen til å observere og tolke nonverbale tegn varierer, ikke minst med erfaring og kunnskap.
- Observasjoner i forbindelse med smerte: ansiktsuttrykk, verbal uttrykkelse, kroppsbevegelse, endring i mellommenneskelige interaksjoner, endring i aktivitetsmønster og mental status.
- Eldre med demens, som er avhengig av andre, må omsorgspersoner tolke smerte signaler for og hjelpe med smerte, sykepleier må lære pasientens smerteuttrykk.
- Holdninger til sykepleier ved kartlegging av smerte til eldre kan ligge i veien for god smertekartlegging til eldre.
- Det overordnede målet med kartlegging av smerter er å lindre pasientens smerter slik at livskvaliteten og funksjonsnivået til pasienten bedres.
- Sykepleiere må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos demente pasienter, etiske betraktninger og behandling av pasientens smerter er de mest vanlige.
- Viktig med etisk kompetanse og omsorgsetikk i samarbeid med den demente pasienten.
- Mange personer har langvarig smerter, siden så mange pasienter har vondt, kan det også tyde på at pasienter har vanskelig for å kommunisere sin smerte på måter som gjør at den

blir oppfattet av helsepersonell, og at hjelperen kan ha vanskeligheter med å oppfatte pasientens kommunikasjon av smerter.

- Sykepleiere har ansvaret og en sentral rolle når det gjelder vurdering av smerter til demente pasienter.
- Smertevurdering til demente pasienter er utfordrende for sykepleiere og det er viktig å kjenne til det relasjonelle, det praktiske og det moralske ved smertevurdering slik at best mulig omsorg kan gis til den demente.

## Litteraturliste

- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain In Older persons (2002), Clinical practice guidelines: The management of persistent pain In older persons, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002 (50) 205-224.
- Berentsen V.D. (2009) *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*, Tønsberg: Aldring og helse
- Bjørø K. (2009) Verktøy for atferds basert smertekartlegging – hvilket er best i test?, *Geriatrisk sykepleie* 2009 (1) 24-27
- Bjørø K. og Torvik K. (2008), Smertekartlegging og – behandling hos eldre mennesker med demens, I: Rustøen T. og Wahl A.K. (Red.), *Ulike tekster om smerte* (1 utg. s. 182-201) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Blomqvist K, Edberg A-K. (2002) *Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care*. *J Adv Nurs* 2002(3):297-306
- Cohen-Mansfield J. og Creedon M. (2002) Nursing staff Members' perceptions of pain indicators in persons with severe dementia, *The clinical journal of pain* 2002 (18) 64-73
- Dalland O (2012), *Metode- og oppgaveskriving for studenter*, (5. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komité (2009) *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*, [lest 30.04.2014] fra:<https://www.etikkom.no/retningslinjer/samtykke>
- Egan, M. Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M. , Fulford N., Neilson M, Daros D og Rodrigue C. (2007). Caring for Residents with Dementia and aggressive behavior: Impact of Life History Knowledge, *Journal of Gerontological Nursing* 2007 (2) 24-30
- Eide H. (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte, I: Rustøen T. og Wahl A.K. (Red.) *Ulike tekster om smerte* (1 utg. s. 354-369), Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide og Eide (2008), *kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen B. (2008), Når følelser gjør vondt. *Forskning.no*. [Lastet ned 07.05.2014] fra <http://www.forskning.no/artikler/2008/juli/189453>
- Engedal K og Haugen P.K. (2009), *Demens fakta og utfordringer*. (5 utg.) Tønsberg: Aldring og Helse
- Eritz H. og Hadjistavropoulos T. (2011) Do informal caregivers consider nonverbal behavior when they assess pain in people with severe dementia?, *The journal of Pain* 2011 (12) 331-339



Forsberg C. og Wengstrøm Y. (2013), *Att göra systematiska litteraturstudier* (3 utg.) Stockholm: Natur og Kultur

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

Graneheim U. og Jansson L. (2005) The meaning of living with dementia and disturbing behavior as narrated by three persons admitted to a residential home, *Journal of clinical nursing* 2006 (15) 1397-1403

Hægerstam (2007) *Smärta hos äldre*, Poland: Studentlitteratur

Hall-Lord M.L (2009) Gamle mennesker med langvarig smerte, *Geriatrisk sykepleie* 2009 (1) 4-7.

Helsebiblioteket(u.å)*SveMed+*, [lastet ned 01.04.2014] fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/databaser/svemed>

Horgas A. og Hyochol A. (2013) The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia, *BMC Geriatrics*, 2013 (13) 1-7

Horgas A.L., Elliott A. og Marsiske M. (2009) Pain Assessment in Persons with dementia: Relationship between self-report and behavioral observation, *JAGS* 2009 (57) 126-132

Husebø B. (2009), *Smerteevaluering ved demens*, [Lastet ned 01.04.2014] Fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1899525>

Husebo B.S., Strand L.I., Moe-Nilssen R., Husebo S.B og Ljunggren A. (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in clinical testing, *Scandinavian journal of caring sciences*, 2010 (24). 380-391

IASP (International Association of the study of pain) (2009), *IASP Taxonomy*, [lastet ned 31.03.14] fra: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Kaasa S., Torvik K., Kirkevold Ø., Saltvedt I., Hølen J., Fayers P. og Rustøen T. (2010) Validation of Dolopius-2 among nonverbal nursing home patients – an evaluation of Dolopius-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*, 2010 (10), 1-9.

Knudsen L. og Larsen T.A (2010), Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang, *Nordisk Tidsskrift for helseforskning* 2010 (6) 29-48

Kristoffersen N. og Nortvedt P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient, I: Kristoffersen N, Nortvedt F og Skaug EA. (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2. utg. s. 83-127), Oslo: Gyldendal akademisk

- Kristoffersen N.J. (2011), Teoretiske perspektiver på sykepleie, I: Kristoffersen N.J, Nortvedt F. og Skaug E. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*, (2. utg. s. 205-280), Oslo: Gyldendal akademisk
- Langballe E. og Hånes H. (2013), *Demens – fakta ark*, Folkehelseinstituttet, [lastet ned 31.03.2014] fra: <http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens>
- Larsen T. og Knudsen L. (2013), Systemer for å avdekke smerter hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, *Nordisk sykepleieforskning* 2013 (4) 287-299
- Lillekroken D. og Slettebø Å. (2013), Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, *Vård i Norden* 2013 (3) 29-33
- Lints-Martindale A., Hadjistavropoulos T., Lix L. og Thorpe L. (2012) A comparative investigation of observational pain assessment tools for older adults with dementia, *Clinical Journal of pain* 2012 (28) 226-237
- Martinsen K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, Otta: TANO
- Martinsen K. (2000), *Øyet og Kallet*, Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen K. (2003), *Omsorg, sykepleie og medisin*. (1 utg.) Otta: Universitetsforlaget
- Munch M. (2009), Marte Meo som veiledningsmetode, I: Rokstad A. og Smebye K. (Red.), *Personer med demens, møte og samhandling*. (1 utg. s. 312-338) Oslo: Akribe
- Nortvedt M., Jantvedt G., Graverholt B., Nordheim LV. Og Reinart LM. (2012), *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*, Oslo, Akribe
- NSF (2011), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2011 (1) 1-44
- Nygaard H. (2009) Håndtering av kroniske smerteproblemer hos sykehjemspasienter – også et spørsmål om kommunikasjon blant personalet? *Geriatrisk sykepleie* 2009 (1) 19-23
- Rokstad (2004), Mental aktivitet, I: Karoliussen M. og Smebye K. (Red.), *Eldre, aldring og sykepleie*, (2. utg. s. 527-621) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rokstad A.M. (2009), Forståelse som grunnlag for samhandling, I: Rokstad A.M og Smebye K.L (Red.), *Personer med demens, møte og samhandling* (1 utg. s. 60-84) Oslo: Akribe
- Sandvik R og Husebø B. (2008) Måler smerte hos personer med demens, *Sykepleien*, 99 (11): 62-64
- Sandvik R.K. (2011) *Smertevurdering ved kognitiv svikt*. [Lastet ned 01.04.2014] fra: ([http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/768931/smertevurdering\\_ved\\_kognitiv\\_svikt\\_7303.pdf](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/768931/smertevurdering_ved_kognitiv_svikt_7303.pdf))

Solheim K. (1995). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Otta: TANO A S.

Strand L.I., Husebo B., Moe-Nilssen R., Hosebo S., Aarsland D. og Ljunggren A.E. (2008) Who Suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: A cross-sectional study, *JADAM* 2008 (03) 427-433

Stubhaug A. og Ljoså T.M (2008) Hva er smerte?, I: Rustøen T. og Wahl A.K. (Red.), *Ulike tekster om smerte*, (1. utg. s. 22-46). Oslo: Gyldendal akademisk

Torvik K., Kaasa S., Kirkevold Ø. og Røsten T. (2009) Smerter hos sykehjems pasienter i Norge, *Geriatrisk sykepleie* 2009 (1) 13-17

WHO (u.å) *Definition of an older or elderly person*, [lest 01.04.2014] fra:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Wong-Henriksen K. (2009), Kommunikasjon, I: Rokstad A. og Smebye K. (Red.), *Personer med demens, Møte og samhandling*. (1 Utg. s. 87-112) Oslo: Akribes

Zwakhalen S., Hof C.E og Hamers J. (2012), Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions, *Journal of clinical nursing*, 2012 (21), 3009-3017

**Vedlegg: Tabell 1: oversikt over søkestrategi.**

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline 26.03.2014	Publisert: 2005-Current Abstract Full text	Dementia AND Pain	197	* 190 ** 3	*** 5	3	1
Medline 26.06.2014	Publisert: 2005-Current Abstract Full text	Pain Measurment OR Pain OR Pain management AND Dementia	232	* 212 ** 15	*** 5	5	2
Medline 25.03.2014	Publisert: 2005-Current Abstract Full text	Pain measurement AND Nonverbal communicatio n	44	* 30 ** 10	*** 4	4	1
Medline 30.03.2014	Publisert: 2005-Current Abstract Full text	Pain AND Dementia AND Behavior	64	* 40 ** 14	*** 10	6	2
Medline 29.03.2014	Publisert: 2005-Current Abstract Full text	MOBID-2	3	* 2 ** 0	*** 1	1	1
Medline	Publisert: 2005- Current Abstract Full text	Nonverbal AND pain AND Dementia	18	* 10 ** 4	*** 3	3	1
Svemed + 24.03.2014	Peer reviewed	Smerte OR smertekartleg ging OR Pain Measurment OR Pain OR Pain Management AND Demens OR Dement OR Dementia	12	* 1 ** 3	*** 8	8	4

\*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler

\*\* : Antall ekskluderte artikler etter lest abstrakt

\*\*\*: Antall artikler som er lest i sin helhet

**Vedlegg. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler.**

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Lints-Martindale m.fl. (2012)  Canada  Clinical Pain	Hensikten med studien var å se på ulike observasjonsverktøy for å kartlegge smerte hos eldre med demens, og se på effekten.		124	Studien kommer frem til at smertekartleggingsverktøy til eldre demente er hensiktsmessig for å vurdere smerte. Smertevurdering hos pasienter med demens og pasienter uten evne til å kommunisere kan være utfordrende. Forskerne understreker 6 punkt som bør observere: ansiktsuttrykk, verbaluttrykkelse, kroppsbevegelse, endring i mellommenneskelige interaksjoner, endring i aktivitets mønster/rutiner og mental status.	Etisk godkjent.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Eritz H. m.fl. (2011)  Canada  The journal of pain	Hensikten med studien var å fastslå hvilke nonverbale signaler som omsorgspersoner bruker for å vurdere smerte hos demente.	Kvalitativ studie	81	Studien viste seg at omsorgspersoner som tilbringer mer tid med pasientene er mer tilpasset pasientens smerte uttrykk. Artikkelen kom frem til at de omsorgspersonene som tilbringer mye tid med pasienten ofte klarer å tyde de nonverbale signalene på smerte.	Etisk godkjent.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Cohen-Mansfield m.fl. (2001)  USA  The Clinical Journal of Pain	Hensikten med denne studien var å identifisere atferd og andre observerbare indikatorer som oppstår hos nonverbale demente som oppleves av sykepleiere å være indikatorer på smerte.	Kvalitativ studie	29	Vanlige atferd ved smerte var ansiktsuttrykk. Det ble også observert berøring av en bestemt kroppsdel, stønn, sutring eller ynkelse ved forflyttelse som Teng på smerte. Studien kommer videre frem til at 93% av deltagerne sier at de er avhengig av å kjenne pasienten behov.	Artikkelen er noe eldre en va som er hensiktsmessig, men dette veier opp med god kvalitet og gyldighet av artikkel.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Horgas A. m.fl. (2009)  USA  JAGS	Hensikten med studien var å se på sammenhengen mellom selvrappotering og atferd indikatorer av smerte til eldre med kognitiv svikt.	Kvalitativ studie	126	Eldre med kognitiv svikt selv rapporterer mindre smerte en kognitiv intakte eldre. Studien viser videre til viktigheten med smertekartleggingsverktøy.	Etisk godkjent.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Husebo B. m.fl. (2010)  Norge  Scandinavian Journal og caring sciences	I denne artikkelen brukte de kartleggingsverktøyet MOBID-2 (Mobilization-Observation-Behaviour-Intensety-Dementia). Hensikten med studien var å undersøke om MOBID-2 smerteskala var et egnet verktøy til og indentifisere smerte hos demente pasienter.	Tverrsnittstudie. Pasientens atferd ble observert gjennom kartleggingsverktøy.	77	Ved bruk MOBID-2 smerteskala viste det seg i denne forskningen at ansikt uttrykk var mest brukt for å uttrykke smerte hos de demente pasientene, deretter smerte lyder og forsvarsmekanisme. Ved bruk av skalaen kom de også frem til hvor pasientene hadde vondt. MORBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon.	Studien er godkjent av Regional Committee for Medical Research ethics.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Lillekroken D. m.fl. (2013)  Norge  Nursing science	Hensikten med denne studien er å utforske erfaringen sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ studie	18	Studien viser at smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens er utfordrende sykepleie oppgave for sykepleiere som arbeider med eldre pasienter med demens. Funn fra studien indikerer at sykepleierne har gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kartlegging og ingen rutiner for behandling.	Etisk godkjent.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Torvik K. m.fl. (2009)  Norge  Geriatrisk sykepleie	Hensikten med studien var å se på smerte forekomsten hos sykehjemspasienter i Norge, og bruken av Doloplus-2 på nonverbale pasienter.	Tverrsnittstudie. Data ble innhentet ved hjelp av pasientintervju (kvantitative data) og Proxy data (helsepersonell svarer på vegne av pasientene som ikke er i stand til å selv rapportere.	214 deltakere, der 86 av pasientene ikke hadde språk eller kognitiv kapasitet.	Totalt 67,5% av de som ikke kunne selv rapportere smerte ble estimert til å ha smerte med Doloplus-2, 38% av de som ikke kunne selv rapportere smerte fikk ikke faste smertelindrende medikamenter til tross for at pasientene eller sykepleierne rapporterte at de hadde smerter. Videre konkluderer studien med at en viktig faktor er helsepersonell-s oppmerksomhet og kunnskap om smertekartlegging og smertebehandling.	Studien er godkjent av etisk komite

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Zwakhalen S. m.fl. (2012)  Nederland  Journal of Clinical nursing	Hensikten med denne studien var å ta sikte på å undersøke mulighetene for vanlig smertevurdering ved hjelp av observasjonsskala til demente bosatt på sykehjem og finne tiltak etter diagnostisering av mulig smerte.	Observasjonsstudier	23	Personalets erfaring med observasjonsverktøy varierte fra negativ til nøytral. Personalet nevnte vanskeligheten med å tolke smerte signaler. Deres største bekymring var at poeng kunne økes på grunn av nærværet av andre grunner som nød, panikk eller andre. Videre kommer studien fram til at sykepleiere ikke observerte alle smerte signalene og ikke fikk med seg viktige atferds signaler, noe forskerne mente kunne være på grunn av sin involvering i pasienten.	Godkjent i etisk komite



Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Larsen T.A m.fl. (2013)  Norge  Nordisk sygeplejeforskning	Hensikten med studien er å beskrive system av prosedyrer og rutiner for å avdekke smerte.	Tverrsnittstudie.	14 virksomheter sprett over 8 kommuner.	En virksomhet uttrykker at de ikke har systemer. 8 av virksomhetene oppgir at de bruker generell observasjons av smerte uten skjema. 7 virksomheter angir at de ikke har rutiner for smerteoppfølging. Smertelindring hos eldre pasienter i institusjon og hjemmetjenesten avhenger av at personalet systematisk avdekker og behandler smerte. Avhenger av personalets kompetanse og hvordan virksomhetene gjennom valg av prosedyrer og rutiner har lagt til rette for avdekking av smerte. Kvalitet i personalets vurdering av smerte avhenger av personalets kompetanse og kontinuitet i pasientoppfølging.	Studien er etisk godkjent.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Horgas A. m.fl. (2013)  USA  BMC Geriatrics	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av smerte og forstyrrende atferd i sykehjemspasienter med demens.	Tversnittstudie.	56,577	Studien kommer frem til at pasienter med smerte lite sannsynlig fremstilles av en vandrende oppførsel. Men videre sier studien at de med smerte har mest sannsynlig en aggressiv oppførsel og viser en irriterende oppførsel. Studien konkluderer med at sammenhengen mellom smerte og forstyrrende atferd avhenger av hvilken type atferd som blir observert. Videre konklusjon → smertekartlegging til pasienter med kognitiv svikt kan være utfordrende og krever kunnskap.	Det nevnes ikke noe om at denne studien er godkjent i etisk komite. Mange deltakere i denne studien.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Kaasa S. m.fl. (2010)  Norge  BMC Geriatrics	Hensikten med denne studien var å teste bruken av Doloplus-2 på nonverbale pasienter og evaluere validiteten og reliabiliteten.	Tversnittstudie. Pasientens atferd ble observert gjennom kartleggingsverktøy.	77	Doloplus-2 er et nonverbal kartleggingsverktøy som baseres på observasjon i forhold til pasientens oppførsel. Studien kommer frem til at Doloplus-2 har en vis risiko for å overvurdere pasientens smerter. Dette mener studien er bedre enn å undervurdere smerten og når man er i tvil. Studien kommer også frem til at Doloplus-2 krever at det er sykepleieren som kjenner pasienten best som får best resultat i skåringen.	Godkjent av etisk komité.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Strand L.I. (2008)  Norge  American Medical Directors Association	Hensikten med studien var å utforske forholdet mellom sykehjemspasienter med ulike stadier av demens og ulike demensdiagnoser og bruk av smertestillende medikamenter i henhold til smerteintensitet.  Smertekartleggingsverktøy som ble brukt i denne studien var MOBID-2.	Tverrsnittstudie.	215	Videre smerteintensitet var ikke forskjellig i diagnostiske grupper av demente pasienter sammenlignet med ikke demente pasienter. Våre funn tyder også på at pasientene, viser et sammensatt bilde av lidelse og muligens underbehandlet av smerter, spesielt i alvorlig demens. Smertevurdering i demens er kompleks, men pasientenes smerte egenskaper og behov for smertelindring synes å være sammenlignbare med mentalt friske.. kvalitetsforbedring av programmer angående smertevurdering og smertebehandling i demente er nødvendig	Godkjent av etisk komité.