



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan demens påvirke måten man uttrykker smerter på? How can dementia affect the way one expresses pain?

Pauline Tjervåg Øvrelid

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 24.05.2022



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gunn- Elin Sundberg

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

Dato: 24.05.2022

**Antall ord: 9844**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Bakgrunnen for oppgaven er at jeg har hatt en grunnleggende oppfatning av at demens kan påvirke måten en person uttrykker smerter, og at kommunikasjonen med mennesker som har demenssykdom er viktig.

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven er å finne ut mer om hvordan demens kan påvirke måten en person uttrykker smerter. Flere eldre mennesker opplever smerter, både akutte, kroniske og lengrevarende, samt at demens er mest vanlig hos eldre mennesker. Ettersom demens er en sykdom som fører til kognitiv svikt og kan påvirke kommunikasjonsevnen, er derfor hensikten å finne ut hvordan denne sykdommen kan påvirke måten man uttrykker smerter.

**Metode:** I oppgaven er det benyttet litteraturstudie og kvalitativ metode.

**Resultat:** Flere forskningsartikler viser til at smerter er et underrapportert problem hos mennesker med demens, og at ubehandlet smerte kan føre til nevropsykiatriske lidelser som psykose eller aggresjon. Demens kan også føre til psykotiske symptomer.

**Konklusjon:** Motorisk og sensorisk afasi er to viktige faktorer som påvirker kommunikasjonsprosessen hos mennesker. Dette påvirker også måten en person med demens uttrykker sine smerter på.

**Nøkkelord:** Demens, smerter, kommunikasjon og mobid-2.

# Forord

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Vernepleierens relevans.....	3
<b>2.0</b>	<b>Problemstillingen .....</b>	<b>3</b>
2.1	Avgrensing av problemstilling .....	4
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>5</b>
3.1	Forforståelse .....	5
3.2	Validitet og relabilitet.....	6
3.3	Datainnsamling.....	6
3.4	Litteraturstudie .....	8
<b>4.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>9</b>
4.1	Demens .....	9
4.1.1	Mild demens.....	9
4.1.2	Moderat demens .....	10
4.1.3	Alvorlig demens .....	10
4.2	Smerte.....	11
4.3	Fysisk aktivitet .....	12
4.4	Kommunikasjon .....	13
4.5	Kartlegging av smerter hos mennesker med demens .....	15
<b>5.0</b>	<b>Funn.....</b>	<b>17</b>
5.1	Presentasjon av funn.....	17
<b>6.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>19</b>
6.1	Demens og smerter .....	19
6.2	Kommunikasjon og demens .....	21
6.3	Diagnostisk overlapping .....	23
6.4	Mobid-2 smertekartlegging .....	25
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>26</b>
7.1	Styrker og svakheter ved eget arbeid.....	27
7.2	Veien videre basert på besvarelsen.....	28
<b>8.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>29</b>
<b>9.0</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>32</b>
9.1	Mobid-2 smerteskala .....	32



## 1.0 Innledning

Strand, Vollrath og Skirbekk (2021) skriver at det er forventet en tredobling av demens i Norge innen 2050, ettersom det er et antall økende eldre i befolkningen. Eldre mennesker opplever ofte smerter, både akutte, kroniske og lengrevarende. Breivik (2019) beskriver at smerter hos eldre mennesker blant annet kan skyldes at man blir mindre fysisk aktiv jo eldre man blir, ettersom fysisk aktivitet kan være en viktig faktor for å forebygge smerter. Når man blir mindre fysisk aktiv, kan det også føre til overvekt, som også er en risikofaktor for å oppleve lengrevarende smerter. Temaet for oppgaven er derfor demens og smerter.

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjengitt i GjØra mfl. (2020) hevder at i 2060 kan det tenkes at det er 1,3 millioner mennesker i Norge som er over 70 år, altså en fordobling på 40 år. Det vil være størst økning av eldre over 80 år, med mer enn en tredobling innenfor denne tidsperioden. På grunn av økende eldre befolkning, kommer også forekomsten av demens til å øke, ettersom demens er vanligst hos eldre mennesker. Demens er en sykdom som fører til forverring i kommunikasjonsevnen, og dermed kan det bli vanskeligere for en person med demens å uttrykke smertene den har.

Besvarelsen baserer seg på litteratur om demens og smerter, og det vises til forskning som er gjort rundt den aktuelle problemstillingen. GjØra mfl. (2020) viser i sin forskning at antallet mennesker med demens i nåtidens Norge er høyere enn det først ble antatt. I forskningen som ble gjennomført av GjØra mfl. (2020) kommer det frem at det lever rundt 101000 mennesker med demens i Norge, i rapporten deres viser de til at Folkehelseinstituttet anslo i 2014 at antallet mennesker med demens da var rundt 70000. Videre skriver de at det er nødvendig med tall på hvor mange mennesker som lever med demenssykdom, dette for å kunne planlegge dagens, men også fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Snoek og Engedal (2017) skriver at demens er et samlebegrep på flere syklige tilstander som rammer hjernen. Tilstanden kjennetegnes ved ervervet kognitivt svik, svikt av emosjonell kontroll, samt svikt i funksjonsevnen til å gjennomføre dagliglivets funksjoner. Romsland (2011) påstår at en ervervet hjerneskada er en skade som er kommet etter fødsel

eller spedbarns perioden, altså en hjerneskade man ikke er født med. Det skilles likevel mellom ervervet hjerneskade og progredierende hjernelidelse, ved en progredierende hjernelidelse blir tilstanden gradvis forverret. Demenssykdom er et eksempel på progredierende hjernelidelse, ettersom tilstanden gradvis vil bli forverret.

Nygaard (2012) hevder at utfordringer med kommunikasjonen kan være et hinder for å kunne gjøre rede for subjektive plager, og en viktig årsak til alvorlige kommunikasjonsvansker hos eldre vil være kognitiv svikt. Kommunikasjonsvansker hos personer med demens kan derfor gjøre det mer krevende å kommunisere sine plager. Selv om det er mer krevende å kommunisere disse plagene betyr det derimot ikke at de er mindre plagsomme eller vonde. Forfatteren skriver at smerter kan komme til uttrykk ved irritabilitet, uro, vandring, spisevegring eller aggressivitet. Det er også forsket noe på demens og smerter. Forskningen viser til hvor mange mennesker med demens som også lider av smerter, altså flere kvantitative studier.

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan demens kan påvirke måten en person uttrykker smerter på. Ettersom demens er en sykdom som fører til kognitiv svikt, kan dette føre til kommunikasjonsvansker. Når en person med demens opplever utfordringer med kommunikasjonen, vil det også bli vanskeligere å kunne uttrykke smertene og plagene som man opplever (Nygaard 2012).

Når personer med demens har utfordringer med å kommunisere sine eventuelle plager, vil det være viktig at helsepersonell som jobber med dem har kunnskap om demens, smerter og hvordan disse kan komme til uttrykk. En av metodene som kan benyttes for å avdekke smerter hos pasienter med demens er mobid-2 smertekartleggingsverktøy. Derfor kommer bruk av mobid-2 også inn i besvarelsen ettersom et slikt smertekartleggingsverktøy vil være sentralt.

## 1.2 Vernepleierens relevans

Utdanningen i vernepleie er allsidig, og har både sosialfaglig, helsefaglig og pedagogisk kompetanse (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Ved en slik allsidig utdanning kan vernepleiere jobbe innenfor eldreomsorgen, eksempelvis på sykehjem eller i hjemmebasert omsorg. Observasjonskompetansen til helsepersonell være svært viktig for å kunne se tegn til smerter hos pasienter med demens.

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver om vernepleierens helsefaglige kompetanse. I et slikt helsefaglig arbeid kan behandling, vedlikehold av viktige funksjonsevner og forebygging av skade eller sykdom være sentrale faktorer. Helsepersonell kan gi hjelp og støtte ved å avdekke smerter hos mennesker med demens, dersom de selv har utfordringer med å uttrykke dem. Vernepleiere kan dermed være med å behandle smerter hos mennesker med demenssykdom.

Under vernepleierutdanningen trenes det på ulike observasjonsmetoder som kan benyttes for å tilegne seg observasjonskompetanse. Denne observasjonskompetansen som en vernepleier har, kan derfor være sentral i arbeidet med mennesker som har demens og smerter. Her vil det være viktig at man klarer å skille tegnene på ubehag fra selve demenssykdommen eller om det er smerter personen opplever å ha.

## 2.0 Problemstillingen

**«Hvordan kan demens påvirke måten man uttrykker smerter på?»**

Problemstillingen er som følger «hvordan kan demens påvirke måten man uttrykker smerter på?». Demens er vanligst hos eldre mennesker, og siden det er en økende eldre befolkning er det antatt at antallet mennesker med demens vil dobles innen de neste tjue årene. Siden det er forventet en økende eldre befolkning, som også fører til mer demens vil dette være en samfunnsaktuell problemstilling. Ettersom flere eldre også sliter med smerter, både akutte, kroniske og lengrevarende ønsker jeg derfor gjennom oppgaven å undersøke mer om hvordan demenssykdom kan påvirke måten man uttrykker smertene.

## 2.1 Avgrensning av problemstilling

Demens er som nevnt tidligere en samlebetegnelse på flere syklige tilstander som rammer hjernen og som fører til ervervet kognitiv svikt (Snoek og Engedal 2017). I oppgaven min har jeg valgt å ikke skille mellom de ulike demenssykdommene. Det finnes flere ulike demenssykdommer, men felles med dem alle er ervervet kognitiv svikt.

Nygaard (2012, 270) skriver «hos personer med moderat/ alvorlig demens kan det være ekstra vanskelig å vurdere smerte». Dette kommer nok av at mennesker med moderat og alvorlig demens har mer utfordringer med å uttrykke seg, enn mennesker med mild demens, eller eldre mennesker som ikke har ervervet kognitiv svikt og er friske. Jeg kommer derfor til å skille på gradene av demens gjennom oppgaven, og legger vekt på moderat og alvorlig demens. Oppgaven tar utgangspunkt i de fysiske smertene som et menneske kan oppleve å ha.

Det meste av forskningen som er gjennomført i forhold til demens og smerter, omhandler pasienter som bor på sykehjem eller er innlagt på sykehus. Mobid-2 smertekartleggingsverktøy er en metode man kan benytte for å avdekke smerter hos mennesker med demens. En slik smertekartlegging er inndelt i to deler, den ene delen gjennomføres på morgenen, gjerne under stell. Den andre delen av kartleggingen baserer seg på observasjoner av atferdsendringer hos pasientene, slike atferdsendringer vurderes fra de siste tre til syv dagene (Sandvik 2020).

Slike observasjoner kan være vanskelig å foreta hos pasienter som bor hjemme, ettersom pasientens atferdsendring må observeres over tid. Det kan tenkes at grunnen til at det er forsket mest på sykehjem- og sykehus pasienter er fordi det kan være krevende å gjennomføre slike observasjoner i hjemmet. Sandvik (2020) skriver likevel at pasienten som bor hjemme, også kan være rammet av demens. Hun skriver videre at demens er en av hovedårsakene til at pasienter bor på sykehjem. Jeg kommer til å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter som bor på sykehjem, og ikke pasienter som bor i egne hjem.

I besvarelsen tar jeg for meg eldre mennesker med demens. Snoek og Engedal (2017) skriver at rundt 95% av de som har demens er over 65 år. Breivik (2021) hevder at det er vanlig med økning av smerter jo eldre man blir. Det er flere eldre som ikke har god helse,

og mange eldre lider av helsetilstander hvor smerter er en sentral del av symptombildet. For eksempel viser han til at 23% av alle over 75 år har rygg smerter, ellers er forekomsten av rygg smerter av alle eldre rundt 9%. I denne oppgaven er det lagt vekt på mennesker med demens som opplever smerter og ubehag.

### **3.0 Metode**

I dette kapitlet kommer det frem hvilke metoder jeg har benyttet for å belyse temaet i oppgaven. Dalland (2017) beskriver metode som en vei mot mål. Metode er ofte en bestemt måte for å gjennomføre en undersøkelse, for eksempel gjennom spørreskjema eller intervju. Under kommer det frem hvilke bestemte metoder som er benyttet for å finne svar på problemstillingen. Gjennom oppgaven ønsker jeg å undersøke nærmere om hvordan demens kan påvirke måten et menneske uttrykker plagene man opplever å ha, og hvorfor det er slik. Det undersøkes ved å gjennomføre litteraturstudie, søke i databaser, rapporter og eventuelle stortingsmeldinger eller NOU. Dette er også de ulike metodene som jeg kommer til å benytte, og målet er da å finne svar på problemstillingen.

### **3.1 Forforståelse**

Dalland (2017) skriver at man alltid vil ta med fordommer eller sin egen forforståelse inn i en undersøkelse, det vil si at man har en mening om noe før man undersøker det. Man kan prøve å møte noe forutsetningsløst, men man vil likevel ha tanker om det. Dette er det man kaller forforståelse. Han hevder så at man bør være bevisst på sin forforståelse, ettersom dette kan påvirke oppgaven. Når det gjelder demens og smerter hadde jeg en forforståelse om dette før jeg startet med bacheloroppgaven. Denne forforståelsen er basert på mine egne erfaringer i arbeidet med mennesker med demens og den grunnleggende oppfatningen jeg har rundt det aktuelle temaet. Jeg har selv flere erfaringer av å jobbe med mennesker med demens, og har da opplevd at kommunikasjon kan være en utfordring. Jeg har også erfart at observasjonskompetansen er viktig for å kunne se sammenhenger.

I min forforståelse har jeg vært klar over at kommunikasjon er en viktig faktor som kan påvirke måten en person med demens kan uttrykke smertene sine. Jeg har likevel prøvd å være bevisst på at det er flere faktorer som også kan påvirke smerteuttrykket. Uansett har

jeg lite kunnskap om hvordan demens helt nøyaktig påvirker kommunikasjonsevnen. Jeg har lest om demens og smerter, og da prøvd å finne aktuell litteratur på området, og ved å jobbe på en slik måte har jeg prøvd å motvirke at hele besvarelsen bare handler om kommunikasjon. Ved en bevissthet på egen forforståelse har jeg prøvd å trekke inn ny teori og sammenhenger jeg tidligere ikke har vært klar over.

## **3.2 Validitet og relabilitet**

Dalland (2017) beskriver at når noe måles må det ha en relevans, og det problemet som undersøkes må ha en viss gyldighet, dette er det man kaller for validitet. Validitet kan derfor beskrives som relevans og gyldighet. Relabilitet står for pålitelighet, her er det viktig at de målingene som blir utført blir gjort på en korrekt måte, men også at eventuelle feilmarginer kommer frem. Relabiliteten i besvarelsen kommer frem gjennom datainnsamlingen som er gjennomført, her har jeg benyttet blant annet Medline for å gjennomføre databasesøk. I Medline er alle artiklene og forskningen fagfelle vurdert, dette kan være med på å gjøre oppgaven mer pålitelig. Det stilles spørsmål som skal brukes i oppgaven og som er relevante til dem, og her kommer gyldigheten frem.

## **3.3 Datainnsamling**

I arbeidet med besvarelsen har jeg jobbet med en kvalitativ metode, da det etterspørres en opplevelse av smerter hos mennesker med demens. Det har derfor vært viktig å finne ut av hvordan personer med demens evner å uttrykke smertene som de opplever å ha. Dalland (2017) skriver at en kvalitativ metode omhandler opplevelse eller meninger, dette er noe man ikke kan tallfeste eller måle. Når vi undersøker problemstillingen, er man ute etter en mening eller opplevelse.

Når jeg har gjort datainnsamlinger i ulike programmer har jeg benyttet meg av ulike søkeord som er aktuelle for oppgaven, og har stort sett benyttet de samme søkeordene i de ulike programmene. Og det jeg har søkt etter er:

- Demens
- Smerte
- Kognitiv svikt

- Kommunikasjon
- Smerteuttrykk

En av metodene jeg har brukt for å samle inn data er ORIA. Når jeg har benyttet ORIA som søkemotor har det kommet opp aktuelle bøker, artikler og tidsskrifter. Søkeordene som jeg har benyttet her er; demens, smerter og begge ordene sammen. Ettersom jeg undersøker hvordan man uttrykker smerter, har jeg også vært interessert i kommunikasjon og har derfor også benyttet dette som et søkeord.

Når jeg søkte på demens i ORIA kommer det opp 13 211 treff, dette er både bøker, artikler og tidsskrifter. I ORIA kommer det opp 3322 treff når jeg søker på smerte, her er det mest bøker og artikler som kommer opp. Når jeg søker på «demens og smerter» kommer det opp 146 treff. I disse treffene er det artikler, studentoppgaver og noen bøker. Når jeg har søkt i ORIA for å gjøre datainnsamlinger har jeg vært interessert i å finne artikler og forskning som har vært til nytte for problemstillingen. Her har jeg også sett etter artikler som er fagfelle vurdert for at oppgaven skal ha en viss reliabilitet. Gjennom disse søkene i ORIA har jeg funnet fagbøker som har vært relevante for oppgaven og som jeg har benyttet.

Jeg har også benyttet meg av Medline, som er en av bibliotekets databaser. Dette er en engelsk database, og jeg har derfor måttet benytte engelsk språk. Jeg har benyttet de samme søkeordene som jeg har gjort i de norske databasene. Når jeg søkte på dementia, ble jeg sendt videre til en side hvor jeg kunne velge ut mer spesifikke søkeord innenfor dette og her valgte jeg; «dementia», «dementia, vascular» og «frontodemporal dementia». Ved å benytte disse søkeordene fikk jeg frem 65751 treff. Når jeg søkte på «pain», kom det opp mange flere alternativer på neste side, og her måtte jeg velge de jeg syntes kunne være relevante og derfor luke bort en del. Og her valgte jeg derfor; «abdominal pain», «back pain», «chronic pain», «low back pain», «neck pain», «pain, intractable», «pain threshold» og «shoulder pain». Når jeg søkte på disse søkeordene, kom det frem 246467 treff. Neste jeg søkte på var «communication», og her kom også opp mange alternativer og jeg valgte derfor; «communication», «communication barriers», «health communication» og «nonverbal communication». Når jeg søkte på disse søkeordene, kom det frem 106680 treff. Det siste jeg søkte på var «cognitive failure», og her valgte jeg søkeordene;

«humans», «aged» og «alzheimer disease». Når jeg benyttet dette søkeordet, kom det frem 20413483 treff.

Jeg fikk opp alt for mange treff og har ikke hatt mulighet til å lete gjennom alle disse, derfor valgte jeg å kombinere de ulike søkeordene sammen med hverandre. I Medline kan man benytte knappen AND eller OR for å kombinere de ulike søkeordene, og på denne måten få ned antall treff slik det blir mulig å søke rundt etter det man ser etter. Jeg valgte å kombinere de ulike søkeordene med AND, slik det kommer opp sammen med hverandre. Når det ble gjort på denne måten kom det frem til sammen 40 treff. Dette antallet var mer håndterlig og jeg kunne starte å lette etter resultater rundt demens og smerter.

Besvarelsen min er basert på en kvalitativ studie. Ved en slik kvalitativ undersøkelse er man interessert i opplevelsene og erfaringene til personene som opplever smerter. Det har vært lite kvalitative funn for hvordan mennesker med demens selv opplever eller erfarer å ha smerter, og det kan tenkes at dette er fordi de kan ha vansker med å forstå sine egne subjektive plager eller fordi de har vansker med å kommunisere dem. Når de har vansker med å kommunisere smertene sine, vil det dermed bli vanskeligere å gjengi opplevelsen eller erfaringen rundt det.

Det er derimot gjort en del studier som viser antall mennesker som har demens og smerter, altså flere kvantitative metoder. Dette svarer uansett ikke på problemstillingen min om hvordan demens kan påvirke måten man uttrykker smerter på. Det er gjort flere studier på omsorgspersoner rundt mennesker med demens, og hvordan helsepersonell håndterer utfordringen med demens og smerter. Flere av studiene som er gjennomført rundt demens og smerter omhandler pasienter på sykehus eller hospits, ettersom oppgaven min har fokus på sykehjemspasienter har jeg derfor fokusert på forskning på denne pasientgruppen.

### **3.4 Litteraturstudie**

Når jeg har jobbet med oppgaven har jeg også benyttet meg av pensumlitteratur som er relevant. Jeg har da brukt stikkordslisten bakerst i boken og lett etter ordene; demens, smerter, kommunikasjon, og kognitiv svikt. Dette på grunn av at disse ordene er mest relevante for min oppgave. Ved gjennomførelsen av litteraturstudien har jeg lett gjennom de bøkene som har vært relevante for oppgaven min. Dette har vært bøker som jeg kjenner



til gjennom studiet og som har vært relevante i forhold til demens og smerter, samt bøker som kom opp ved søk i ORIA.

Gjennom litteraturstudien har jeg også sett på hvilken litteratur forfatteren selv har henvist til og benyttet. Dermed har jeg selv benyttet denne litteraturen. I flere av bøkene jeg har benyttet har de henvist til andre forfattere også, og jeg har benyttet disse bøkene for å finne relevant teori til min egen oppgave.

## **4.0 Teori**

### **4.1 Demens**

Juklestad og Aarre (2018) skriver at demens er en hjerneorganisk lidelse som oftest oppstår i sammenheng med aldring. Demens fører til kognitiv svikt, også kalt for intellektuell svikt. Snoek og Engedal (2017) hevder at demens også fører til svikt i den emosjonelle kontrollen, samt at man vil ha en sviktende funksjonsevne ved utførelse av dagliglivets funksjoner.

Kognitiv svikt er en viktig del av definisjonen av demens forklarer Snoek og Engedal (2017). Skader eller sykdommer på områder i hjernen som hippocampus, talamus, områdene nær den tredje hjerneventrikkelen og storehjernens tinningslapper fører ofte til demens. Disse områdene i hjernen er viktige for læring, samt for bearbeidelse av informasjon. Forfatterne skriver så videre at det er vanlig å dele mellom mild, moderat og alvorlig demens. Ved mild demens påvirker det hvordan man klarer seg i dagliglivet, ved moderat demens er man avhengig av hjelp i fra andre og ved alvorlig demens er man avhengig av kontinuerlig tilsyn, og hjelp til pleie er nødvendig.

#### **4.1.1 Mild demens**

Snoek og Engedal (2017) skriver at i starten ved demens er det vanlig med sviktende hukommelse, og at dette spesielt vil gjelde hendelser som nylig har vært og i nær fortid. For en pasient vil det ved mild demens og i tidlig startfase være vanlig å glemme å spise, handle eller glemme avtaler som man har. Det vil også bli vanskeligere å håndtere

økonomien. Pasienter med mild demens kan oppleve vansker knytt til å relatere hendelser som har skjedd tidligere og sette dette i et riktig tidsperspektiv. Evnen for å orientere tid blir også svekket, og en pasient kan oppleve vansker med å følge klokke og kalender, og det blir vanskelig å vite hvilken dag eller dato det er.

Noen pasienter kan få språkvansker, og sliter med å finne ord og har manglende taleflyt, man kan også se at noen pasienter sliter med å orientere seg i et rom og noen kan oppleve vansker med enkle gjøremål som hygiene eller tillaging av mat (Snoek og Engedal 2017).

#### **4.1.2 Moderat demens**

Den neste fasen ved utvikling av demens er moderat demens. I denne fasen vil pasienten ha vansker med å benytte seg av sine lærte mestringsevner, og pasienten vil miste grepet rundt tilværelsen hevder Snoek og Engedal (2017). I fasen av moderat demens kan man se psykotiske symptomer hos pasienten, da gjerne i form av synshallusinasjoner, vrangforestillinger eller at pasienten kan ha en atferd som ikke er naturlig og dermed kan være krevende å forstå.

Pasienter med moderat demens kan oppleve angst, tiltaksløshet, depresjon og rastløshet, og disse symptomene er vanlige. Det er vanlig at evnen til hukommelse og tidsorientering svekkes enda mer i denne fasen, og noen pasienter kan også oppleve at evnen til å orientere seg i et rom eller språkevnen blir enda dårligere. Pasienter vil få kommunikasjonsvansker, ettersom den språklige kommunikasjonsevnen svekkes av manglende taleflyt. Personlig hygiene, av og påkledning, valg av riktige klær og evnen til å holde hjemmet i orden er evner som vil bli sterkt redusert (Snoek og Engedal 2017).

Snoek og Engedal (2017) hevder at fasen av moderat demens er også den fasen hvor flest pasienter kommer i kontakt med helsevesenet. Ved moderat demens svekkes orienteringsevnen, og dermed er det lettere å gå seg vill.

#### **4.1.3 Alvorlig demens**

Ved alvorlig demens vil det bli krevende for pasienter å klare seg hjemme i egen bolig, også når man får hjelp fra familie eller omsorgsarbeidere. Denne fasen preges av handlingssvikt eller hjelpeløshet. De fleste pasienter i en slik fase vil ha behov for å bo i

institusjon, fordi behovet for pleie blir såpass stort at familien ikke klarer denne belastningen. Ved alvorlig demens kan pasienten miste evnen til å kontrollere urin og avføring. Mange pasienter har også manglende styring og har dermed motoriske aktiviteter, og de opplever også problemer med gangfunksjon og balansesvikt (Snoek og Engedal 2017).

## 4.2 Smerte

Tjølsen og Rosland (2017) hevder at det vil være vanskelig å definere smerter, dette på grunn av det består av et sanseintrykk og en opplevelse hos et menneske, dette innebærer at man som menneske har en opplevelse av at noe er ubehagelig. Videre skriver de at opplevelsen man har av smerter henger sammen med det sanseintrykket som forteller at noe har en påvirkning på kroppen eller en stimulus. Smertens opphav kommer ikke alltid fra en smertegivende stimuli, det kan derimot også påvirkes av ulike faktorer som sosiale, psykiske eller eksistensielle, men det kan også komme fra opplevelser man har opplevd tidligere.

Bondevik (2012) skriver at den som har smerter beskriver det som vondt, og at denne opplevelsen er subjektiv. Glede og sorg kan også påvirke opplevelsen av smerter. Smerter påvirker et menneske både fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt. Smerter beskrives som en sammensatt opplevelse, det kan også være svært vanskelig å skille ut årsakene til at et menneske opplever smerter. Fors (2012) forteller at det vil være avhengig av hva årsaken til smertene er og hvordan man kan skille ut disse. Ved noen tilfeller vil det være enkelt å finne en årsak til smertene, eksempelvis ved beinbrudd, andre ganger kan dette være mer krevende. Bondevik (2012) hevder at personen som opplever smerter, er alene om sin smerteopplevelse, selv om andre kan ha et ønske om å forstå disse smertene som personen opplever.

Ettersom en smerteopplevelse er subjektiv etter det Bondevik (2012) forklarer, kan en skade eller sykdom som omtrent er identisk likevel oppleves svært forskjellig fra person til person (Tjølsen og Rosland 2017). Nordtvedt og Nordtvedt (2018) hevder at akutte smerter kan ha som funksjon å redde liv. Når man opplever akutte smerter er dette et slags faresignal som kroppen signaliserer, og når man opplever slike smerter vil det være naturlig å oppsøke helsehjelp for å få behandling.

Fors (2012) beskriver at når et menneske opplever smerter er hjernen konstruert for å finne mulige årsaker til disse, samt å finne en sammenheng, både dersom dette er mulig, men også når det ikke er mulig. Det vil være naturlig for hjernen å prøve å finne hva smerte kommer av og hva de innebærer, men også hvordan man kan lindre eller kurere dem.

Reme og Jacobsen (2017) skriver at søvnproblemer er en individuell risikofaktor for å oppleve smerter. Dette kan gjelde både problemer med innsovning, tidlig- og hyppige oppvåkninger i løpet av natten. Disse problemene med søvnen har visst seg å være en risiko for å oppleve lengrevarende smerter. Nygaard (2012) skriver at rundt halvparten av eldre klager over at de har søvnproblemer, som for eksempel hyppige oppvåkninger på natten, tidlig oppvåkning, «lett søvn» eller at de er trøtte på dagtid. Når man blir eldre minskes utskillelsen av melatonin, som igjen kan påvirke søvnen.

### **4.3 Fysisk aktivitet**

Skaug (2016) skriver at for at kroppens organsystemer skal fungere normalt er fysisk aktivitet nødvendig, det vil derfor være naturlig for et menneske å være i fysisk bevegelse. Når man blir eldre, blir den fysiske utholdenheten og muskelstyrken redusert. På grunn av dette kan man føle at man blir fortere trøtt eller sliten, selv om man gjør samme aktivitet som tidligere. Når muskelstyrken reduserer, blir også kontrollen over bevegelser, koordinering og balanse dårligere. Forfatteren hevder at ettersom muskelstyrken reduseres og kontrollen av bevegelse, koordinering og balanse blir dårligere øker det også risikoen for fall og brudd i skjelett. I løpet av årene går alle kroppens organer gjennom slike reduksjoner, og på grunn av det er man også mer utsatt for sykdom.

Breivik (2019) beskriver at smerter hos eldre er vanlig, og at dette kan skyldes at eldre er mindre fysisk aktive enn hva de har vært tidligere i livet. Smerte kan forebygges med fysisk aktivitet, og holde slikt som slitasjegikt i sjakk. Vektøkning kan være en konsekvens av mindre fysisk aktivitet, overvekt er også en kjent risikofaktor når det gjelder langvarig smerter. Overvekt vil gi større belastning på ledd i kroppen, som også kan gi mer smerter.

Helsedirektoratet (2019) skriver at fysisk aktivitet vil være viktig for å fremme egen helse, at det bidrar til å gi overskudd og at det er et viktig virkemiddel for behandling og forebygging av over 30 ulike tilstander og diagnoser. Dette gjelder diagnoser som kreft,

angst og depresjon. De skriver også at fysisk aktivitet er viktig for kognitiv utvikling, ulike minnesfunksjoner, men også for demens.

#### **4.4 Kommunikasjon**

Røkenes og Hanssen (2012) skriver at kommunikasjon har sitt opphav fra latinsk og vil si «å gjøre noe felles». Mennesker har en grunnleggende evne til å kommunisere med hverandre, som også gjør at mennesker med ulik kultur eller annet språk kan i en viss grad kommunisere med hverandre. Å kommunisere med hverandre vil også si at vi med-deler, det vil si at vi deler meninger og opplevelser med hverandre. Gjennom kommunikasjonen bringer vi frem vår egen opplevelse, våre meninger og egne erfaringer. Eide og Eide (2017) hevder at det ofte er det nonverbale språket som gir best uttrykk for hva den andre føler, og at nonverbale tegn og uttrykk sjeldent er entydige, det er nødvendig å fortolke dem.

Nonverbale signaler kan ofte være flertydige og kan dermed være vanskelige å fortolke. Evnen vi har til å observere og tolke de nonverbale tegnene og signalene vil variere, og erfaringene man har av dette vil også spille en viktig rolle. Signaler og tegn må tolkes, men den beste til å kunne avkrefte eller bekrefte det nonverbale språket er den andre parten (Eide og Eide 2017).

Eide og Eide (2017) skriver at nonverbal kommunikasjon vil være enda viktigere i situasjoner hvor det kan være krevende å kommunisere via et verbalt språk. Det vil være mulig å formidle det man ønsker og oppnå kontakt gjennom nonverbal kommunikasjon, eksempelvis ved kroppslig uttrykk eller bevegelser, ansiktsuttrykk, mimikk eller berøring. De skriver så videre at i møte med mennesker som har afasi og/ eller demens vil det være nødvendig å opprette god kontakt først, og der etter formidle det man skal gjennom kommunikasjonshandlinger. Kommunikasjonshandlinger er det som forteller det som skal skje, og som gir mulighet for den andre parten å reagere på situasjonen, samt få uttrykt hvordan den andre forstår den.

Nygaard (2012) hevder at kommunikasjonsvansker kan være et hindre for å oppdage subjektive plager. Hos eldre mennesker er kognitiv svikt en viktig faktor for alvorlige kommunikasjonsvansker. Demens er en sykdom som gjør at kognitiv svikt oppstår, og dermed kan føre til kommunikasjonsvansker. Hos mennesker som har moderat eller

alvorlig demens kan det være ekstra utfordrende å vurdere smerter. Videre skriver forfatteren at kommunikasjonsvansker hos eldre kan derfor gjøre det vanskeligere å uttrykke sine smerter og plager, men selv om det blir vanskeligere å kommunisere sine plager blir de ikke mindre plagsomme for den som opplever dem. Når man har vansker med å uttrykke smerter gjennom verbal kommunikasjon, kan det føre til uro, vandrings, spisevegring, aggressivitet og irritabilitet.

Nygaard (2012) viser til at undersøkelser også har vist at mennesker med demens likevel er i stand til å uttrykke sine smerter, dette kan være gjennom spontant uttrykk eller ved spørsmål. Likevel kan en person med demens avkrefter smerter, men likevel ha det. Personer med demens kan også ha flere somatiske lidelser, som ofte er forbundet med mye smerter, men pasienten selv sier at den ikke har smerter og fremstår upåvirket, likevel kan pasienten oppleve å ha mye smerter, men har problemer med å kommunisere dem.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019-2020) skriver at smertevurdering er ekstra utfordrende hos mennesker med nedsatt språkevne eller kognitiv funksjon, slik som ved mennesker med demens. Mennesker som lider av demens kan etter hvert som sykdommen utvikler seg, også slite med å kommunisere. Siden mennesker med demens kan ha vansker med å uttrykke smertene som man opplever, krever dette også god observasjonskompetanse til de som jobber med mennesker som har demens hevder helse- og omsorgsdepartementet (2019-2020).

Snoek og Engedal (2017) skriver at ved demens blir hjernens språksenter skadet, og dermed foreligger det ofte motoriske og sensoriske språkproblemer, også kalt afasi. Chaudhry (2018) beskriver at det er to hjerneområder som er spesielt viktig for språket vårt. Wernickes er ansvarlig for språkforståelsen, Brocas området er det området som er ansvarlig for at vi klarer å snakke, samt bruke de riktige ordene og sette dem sammen til å bli setninger. Forfatteren skriver at en skade på wernickes området gjør at språkforståelsen blir berørt, og her er taleevnen intakt. For en pasient med svekket språkforståelse vil man klare å uttrykke seg og snakke normalt ettersom taleevnen er intakt, men man vil ikke kunne forstå hva andre sier, dette blir kalt for sensorisk afasi.

Ved motorisk afasi er det Brocas området i hjernen som er skadet, en pasient med motorisk afasi vil oppleve å ha talevansker selv om muskler og språkforståelse fungerer som

normalt. Pasienter med en skade på Brocas området vil forstå hva andre sier, men vil ikke selv klare å uttrykke sine egne meninger. Nervesignaler fra det skadde området i hjernen blir dermed ikke sendt til musklene som skulle blitt aktivert ved tale (Chaudhry 2018).

Sviktende ordproduksjon er det som kommer først ved demens og det merkes ved at talen blir sen eller usikker og at talen ikke lenger flyter fritt, og det kommer av det motoriske språket. Når det motoriske språket blir svekket kan pasienten gjenta flere ord eller setninger. Anomisk afasi er også vanlig, det vil si at pasienten har vansker med å benevne substantiv. Sensorisk svikt er vanlig sent i forløpet av demens. Skrive og leseevner, samt taleevnene hos personer med demens er også nedsatt, innholdet vil da gi liten mening ettersom pasienten selv bytter ut ord eller bruker meningsløse ord (Snoek og Engedal 2017).

#### **4.5 Kartlegging av smerter hos mennesker med demens**

Sandvik (2020) skriver at når en person ikke er i stand til å kunne vurdere sin egen smerte, vil det være nødvendig at andre vurderer smertene for dem og at dette bør gjøres av en person som kjenner pasienten godt. Hun viser til at flere kommuner og institusjoner nå har innført mobid-2 smerteskala og at dette skjemaet blir benyttet til smertekartlegging hos pasienter som selv ikke er i stand til å vurdere egen smerte eksempelvis for personer med demens. Se vedlegg 9.1 for mobid-2 skjema. Videre skriver hun at smerte blir målt forskjellig hos mennesker med mild, moderat eller alvorlig demens, og ut ifra dette vil det påvirke måten man kartlegger smerter.

Sandvik (2020) hevder for at man skal kunne gi helhetlig smertebehandling til en pasient, må smertene som pasienten opplever være vurdert og kartlagt. Her vil det også være nødvendig å vite hvor pasienten har smerter, hvor intens den er og hvordan den oppleves for pasienten. Ettersom smerter er basert på egen opplevelse, er det personen som selv har dem som bør være førsteinformant. Hun skriver så videre at det vil være viktig at helsepersonell alltid prøver å få pasienten selv til å forklare om sine smerter, og dette kan gjøres ved at helsepersonell forenkler kommunikasjonen, da dette er bedre enn å ikke spørre i det hele tatt. Forfatteren viser til forskning som er gjort, og at i studiene er det kommet frem at pasienter på sykehjem har i gjennomsnitt 5,1 diagnoser og at pasientene i snitt er behandlet med 7,6 faste medikamenter. Hun viser også til at studier de siste årene har kommet frem til at 60-80% av sykehjemspasienter har smerter.

Sandvik (2020) forteller at mobid-2 er et smertekartleggings skjema som er observasjonsbasert, se bruk av skjema under vedlegg 9.1. Dette skjemaet omfatter vurdering av smerter i muskel- og skjelettsystemet, hud, hodet og de indre organene. I smertekartleggingen gjennomføres fem strukturerte øvelser som skal mobilisere skuldre, hender, hofter, knær, rygg og ankler. Bevegelsene gjøres i sanntid med pasienten. Smerter fra indre organer, hode og hud baserer seg derimot på observasjoner som er gjort fra de siste tre dagene og opp til en uke.

Sandvik (2020) forteller at helsepersonell må vurdere lyder, ansiktsuttrykk og avvergereaksjoner under gjennomføring av hver øvelse, disse øvelsene omfatter muskel- og skjelettplager. Helsepersonell må også vurdere hvor intense disse smertene er, det gjøres ved et elvepunkts numerisk rangeringsskala (NRS). Denne skalaen går fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er den mest intense smerten. Denne vurderingen er gjort av en klinisk vurdering etter hvor godt helsepersonell kjenner til pasienten. Hun skriver at når man skal vurdere smerter fra de indre organene skal man vurdere smerte som kan komme fra hode, hals eller munn. Smerter som kommer fra brystet, hjertet og lungene. Smerter fra den øvre del i magen, eksempelvis obstipasjon. Smerter fra den nedre delen av magen, det omfatter kjønnsorganer eller symptomer fra urinveiene og til slutt skal det vurderes smerter som kan komme fra huden også smerter ved kløe, sår eller infeksjoner.

Når man skal vurdere smerter fra de indre organene, skal det først vurderes om smerter er til stede. Smerter fra de indre organene vurderes også på NRS skala som går fra 0-10. Det skal da til sammen gjennomføres fem øvelser, disse går på muskel- og skjelett, og fem observasjoner som går på indre organer, hode og hud. Til slutt gjennomfører helsepersonell en vurdering av smerte totalt sett på en NRS skala (Sandvik 2020).

Sandvik (2020) skriver om de tre ulike gradene av demens; mild, moderat og alvorlig, og hvordan man kan benytte mobid-2 smerteskala hos de ulike pasientene. Det vil alltid være selvrapporing fra pasienten selv som er viktigst, og det vil være viktig å tilpasse kommunikasjonen til pasientene. Det beste vil være å gjennomføre de fem strukturerte øvelsen i sengen under morgenstellet, men for alle vil ikke dette være like gunstig, derfor må helsepersonellet vurdere og ta stilling til hvor det gjøres. Hun beskriver at dersom pasienten gir uttrykk for at øvelsen er vond, avsluttes den med det samme. En person med



mild demens vil for eksempel selv kunne følge instruksjoner for hvordan en øvelse skal gjennomføres, men dersom en pasient med moderat eller alvorlig demens ikke forstår instruksjonene kan helsepersonellet hjelpe til med øvelsen.

Sandvik (2020) skriver at det kan være krevende for en pasient å forstå hvordan en øvelse skal gjennomføres dersom den bare forklares verbalt, derfor kan helsepersonell med fordel også demonstrere øvelsen. Helsepersonell viser derfor først hvordan den bestemte øvelsen gjennomføres, og deretter leder pasienten gjennom den. Ved å gjøre det på en slik måte, fremfor bare verbalt, kan det gi personen med demens en mestringsfølelse og hindre at pasienten blir urolig eller engstelig dersom pasienten ikke forstår. Forfatteren forklarer at det vil være viktig at man har god tid når en slik smertekartlegging skal gjennomføres, da har man god tid til hver enkelt øvelse og det vil være det beste for pasienten. Når man gjennomfører en slik kartlegging hos pasienten vil det derfor være nyttig å ta stilling til om pasienten har mild, moderat eller alvorlig demens, og der etter å tilpasse kommunikasjonen til pasienten.

## **5.0 Funn**

Ettersom jeg ikke har funnet noe forskning som viser til hvordan pasienter med demens selv erfarer hvordan sykdommen påvirker smerteuttrykket, kommer jeg til å forklare forskningen og studien som kommer fra omsorgspersoner eller helsepersonell. Siden demens fører til svekket kommunikasjonsevne, kan det være krevende for pasienter med moderat eller alvorlig demens å forklare sin egen opplevelse av smerter og uttrykk av dem.

### **5.1 Presentasjon av funn**

McMinn og Draper (2005) og Pieper et al. (2013) gjengitt i Helvik mfl. (2021) skriver at pasienter som opplever smerter kan uttrykke dem gjennom verbalisering som sukking, stønning eller roping, eller som forsvarsstillinger som frysing, bevoktning eller dytting. Smerter kan også komme til uttrykk gjennom ansiktsuttrykk og mimikk. Husebø et al. (2019) og Pieper et al. (2013) gjengitt av Helvik mfl. (2021) skriver at smerter som er ubehandlet eller udiagnostisert kan utløse nevropsykiatriske tegn som psykose, aggresjon, og affektive og apatiske symptomer.

Helvik mfl. (2021) undersøker smerter, bruk av smertestillende og livskvalitet hos mennesker med demens. I studien var det med 953 sykehjemsbeboere som deltok, alle med diagnosen demens. Gjennomsnittsalderen på de som deltok i undersøkelsen var 84 år. Det ble benyttet mobid-2 smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smertene til pasientene. Resultatet av studien viser at hele 36% av de som deltok sliter med klinisk relevant smerteintensitet, samt at 52% fikk smertestillende medikamenter. Det var Paracetamol som ble forskrevet oftest og gitt til pasientene, dette var da 45% av forskrivelserne (Helvik mfl. 2021).

En engelsk studie utført av Riffin mfl. (2021) viser til hvordan omsorgspersoner og pårørende til personer med demens såg på kommunikasjonen rundt smerter. Bakgrunnen for studien var at flere eldre med demens sliter med smerter, som ikke er oppdaget eller som er ubehandlet. Omsorgspersoner for personen med demens spiller da en sentral rolle i å rapportere symptomer eller atferd videre for å få medisinsk hjelp. Det ble beskrevet at omsorgspersonene påtok seg ulike roller i kommunikasjonsprosessen rundt smerter hos personer med demens, eksempelvis at de var tolk, talsperson eller historiker. Videre skriver de at personer med demens påvirkes av tapt hukommelse, språk og beslutningsevnen reduseres og at dette påvirker personens evne til å kommunisere sine smertesymptomer eller behovet for behandling av dem gjennom et verbalt språk. Pårørende tar derfor på seg en sentral rolle i kommunikasjonen med helsepersonell.

Pårørendes kommunikasjon rundt smerter hos personer med demens påvirkes blant annet av egen erfaring, opplæring i smertevurdering og utdanning, og dette påvirker også nøyaktigheten av rapporteringen. For pårørende i studien var det et krav at de ga minst 8 timer omsorg til en slektning eller venn. Denne slektningen eller vennen måtte være over 65 år eller eldre med demens og var plaget med smerter. Det ble benyttet spørreskjema og intervju som metoder for datainnsamlingen. Til sammen ble det intervjuet 18 pårørende og 16 helsepersonell (Riffin mfl. 2021).

I undersøkelsen ble den problematiske kommunikasjonen delt inn i to grupper; manglende informasjon og mellommenneskelige konflikter som omhandlet pasientens smerte. Det ble uttrykt usikkerhet av påliteligheten og nøyaktigheten av omsorgspersonens rapporter om pasienten sin smerteatferd. Helsepersonellet opplevde varierende smertekommunikasjon av omsorgspersonene, og dette kunne henge sammen med kunnskap rundt smerte og

demens. Helsepersonell utrykte forbehold om nøyaktigheten av informasjonen som ble gitt av omsorgspersoner som hadde lite erfaring med personer med demens (Riffin mfl. 2021).

## **6.0 Diskusjon**

I diskusjonsdelen skal jeg drøfte problemstillingen «hvordan kan demens påvirke måten man uttrykker smerter på?». Her kommer jeg til å trekke inn teorien som har blitt gjort rede for og benytte funnene mine. Gjennom diskusjonsdelen kommer jeg til å trekke sammenhenger fra de ulike delene av teorien og funnene, og skal ved dette svare på problemstillingen til oppgaven.

### **6.1 Demens og smerter**

Eldre mennesker opplever ofte smerter, dette gjelder smerter som er akutte, kroniske og lengrevarende. Breivik (2019) forklarer at eldre mennesker ofte opplever smerter ettersom de er i mindre fysisk aktivitet, enn hva de har vært tidligere. Mindre fysisk aktivitet kan føre til overvekt, som gir økt belastning på ledd i kroppen, noe som også kan gi mer smerter. Dette er da snakk om langvarige smerter. Skaug (2016) hevder at fysisk aktivitet er nødvendig for at kroppens organer skal fungere på en normal måte. Når man blir eldre reduseres muskelstyrken og den fysiske utholdenheten, nedsatt muskelstyrke har også flere konsekvenser som dårligere balanse, nedsatt evne til koordinering og nedsatt kontroll over bevegelser. En økt konsekvens av dette kan være fall og brudd i skjelettet. Beinbrudd er et eksempel på det som kan gi akutte smerter, og ettersom man blir eldre og muskelstyrken reduseres er man mer utsatt for skader som dette.

Flere skader og sykdommer medfører også smerter, og eldre mennesker er mer utsatt for å få sykdommer eller skader (Skaug 2016). Fysisk aktivitet er en viktig faktor for å redusere sykdom eller skader i utgangspunktet, men når skaden eller sykdommen først er kommet kan fysisk aktivitet være med å redusere smerteintensiteten. Demens er vanligst hos eldre mennesker, og at 95% av de som har demens er over 65 år (Snoek og Engedal 2017). Det vil dermed si at flere eldre som har demens, også kan ha smerter ettersom eldre mennesker generelt er mer utsatt for sykdommer og skader. Siden fysisk aktivitet er en viktig faktor for å redusere skader og sykdommer, eller smerteintensitet vil det være viktig at omsorgspersoner eller helsepersonell bidrar til fysisk aktivitet hvor dette er mulig. Dersom

de bidrar til økt fysisk aktivitet hos personer med demens, kan dette ha en positiv innvirkning på smerter og intensiteten av dem.

Det er ingenting som tilsier at demens er en lidelse som medfører eller gir mer smerter, men fasen av moderat demens kan føre til angst, depresjon, tiltaksløshet eller rastløshet og disse symptomene er vanlige (Snoek og Engedal 2017). Men følelser som sorg og glede kan likevel ha innvirkning på hvordan man opplever smertene som man har hevder Bondevik (2012). Ettersom mennesker med moderat demens ofte opplever depresjon som et symptom på demens, kan dette også være med på å forsterke smerteopplevelsen, siden følelser som sorg kan ha innvirkning på hvordan smertene oppleves.

Nortvedt og Nortvedt (2018) hevder at akutte smerter kan ha en funksjon med å berge liv. Ved slike akutte smerter er det naturlig å oppsøke medisinsk hjelp for behandling. Eksempelvis kan akutte smerter i brystet ha utgangspunkt i hjerteinfarkt, og smertene dette medfører er kroppens måte å sende et faresignal. En person med demens kan derimot ha vansker med å uttrykke at man har smerter i brystet. Det vil dermed være vanskelig å oppsøke hjelp som vil være nødvendig, og en konsekvens av dette vil være at man ikke får den behandlingen man har behov for.

Fors (2012) beskriver at hjernen er konstruert for å finne mulige årsaker til smerter og finne en sammenheng. Både når det er mulig å finne årsaken, men også når det ikke er mulig å finne den. For hjernen vil det være naturlig å prøve å finne hva smertene kommer av, hva de innebærer og hvordan de kan behandles eller kureres. Snoek og Engedal (2017) forklarer at demens er en sykdom som fører til kognitiv svikt, og for en person med demens kan det derfor bli krevende å oppfatte selv at de har smerter. Når personen med demens selv ikke forstår at den har smerter, vil det også være vanskelig for dem å kunne uttrykke det. Det er derfor ikke bare kommunikasjon som ligger til grunn for uttrykk av smerter. For personen med demens vil ikke hjernen nødvendigvis oppfatte smertene eller årsaken til dem, dermed er det ikke klart for dem at de har smerter.

## 6.2 Kommunikasjon og demens

Når vi undersøker problemstillingen «hvordan kan demens påvirke måten man uttrykker smerter på?» vil det være viktig å ha fokus på kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er den viktigste måten man kan uttrykke seg på som menneske. Røkenes og Hansen (2012) hevder at gjennom kommunikasjonen deler vi våre egne meninger, erfaringer og opplevelser. Tjølsen og Rosland (2018) hevder at smerte kan være en opplevelse av det man som menneske opplever som ubehagelig. Derfor vil man gjennom verbal kommunikasjon også kunne dele sin egen opplevelse av smerter. En person med demens kan ha utfordringer med å dele sine opplevelser, meninger eller erfaringer, også om sin egen smerteopplevelse på grunn av kognitiv svikt.

Nygaard (2012) skriver at kommunikasjonsvansker kan gjøre det vanskelig å oppdage subjektive plager, en form for subjektive plager kan være smerter. Demens i moderat eller alvorlig fase, kan gjøre det enda vanskeligere å oppdage subjektive plager hos en person. Snoek og Engedal (2017) hevder at pasienter med moderat demens vil få kommunikasjonsvansker siden den språklige kommunikasjonsevnen svekkes av manglende taleflyt. Ved svekket taleflyt vil det bli vanskeligere for personer med demens å verbalt uttrykke sine subjektive plager.

Nygaard (2012) skriver at grunnen til at det er viktig å være bevisst på smerter hos mennesker med demens, er fordi at selv om en person ikke klarer å gi uttrykk for smertene som man opplever, blir ikke smertene og plagene som det medfører mindre vonde eller plagsomme. Uro, irritabilitet, aggressivitet, spisevegring eller vandring kan også være former for smerteuttrykk. Eide og Eide (2017) hevder at i situasjoner hvor det er krevende å kommunisere gjennom et verbalt språk, vil det nonverbale språket være enda viktigere. Gjennom det nonverbale språket kan man opprette kontakt og formidle det man ønsker. Kroppslige uttrykk eller bevegelser, mimikk, ansiktsuttrykk eller berøring er former for et nonverbalt språk. I møte med mennesker som har demens og afasi vil det være viktig å først opprette god kontakt og deretter formidle det man skal gjennom kommunikasjonshandlinger. Forfatterne skriver også at nonverbale signaler kan være flertydige og være vanskelige å fortolke. Evnen man har til å observere og tolke de nonverbale tegnene eller signaler vil variere, og erfaringen rundt dette spiller inn.

Uro, irritabilitet, aggressivitet, spisevegring eller vandring som er former for smerteuttrykk, er også et nonverbalt språk. Likevel kan nonverbale signaler være flertydige og være vanskelig å forstå. Dersom helsepersonell har kunnskap om at smerter kan komme til uttrykk ved et nonverbalt språk, vil det også være lettere å observere og tolke tegnene og signalene fra pasientene. Dersom man kjenner pasienten godt, vil det også være lettere å fortolke slike signaler om subjektive plager.

Nygaard (2012) hevder at det er gjort undersøkelser som viser at pasienter med demens likevel kan uttrykke sine smerter. Pasienten kan si det gjennom spontant uttrykk, eller svare på spørsmål rundt smerter. Selv om en pasient med demens kan svare på spørsmål rundt sin egen smerteopplevelse, kan det også være at pasienten avkrefter å ha smerter. Selv om pasienten avkrefter å ha smerter, kan det likevel hende at pasienten har det, men ikke evner å kommunisere det på en riktig måte. Sandvik (2020) viste til forskning i artikkelen sin om at pasienter på sykehjem i gjennomsnitt har 5,1 diagnoser. Personer med demens kan også ha flere somatiske lidelser som ofte kan være forbundet med mye smerter og ubehag, men personen selv kan avkrefte å ha smerter eller fremstå upåvirket, men likevel har personen mye smerter. Kommunikasjonsvansker vil være knytt til denne utfordringer rundt uttrykk av smerter.

Ved demens blir språksenteret i hjernen skadet, og språket blir der etter preget av afasi. Chaudhry (2018) forteller at det er to områder i hjernen som er særlig viktige for språket vårt. Disse områdene er Wernickes senteret og Brocas området. Wernickes senteret er det som er ansvarlig for språkforståelsen vår. Brocas området påvirker det motoriske språket. Snoek og Engedal (2017) hevder at sensorisk afasi er mer vanlig senere i forløpet med demens, da det motoriske språket gjerne blir rammet først. Når en person med demens blir preget av motorisk afasi, vil det også være naturlig at det blir vanskeligere å uttrykke seg gjennom verbalt språk. Eksempelvis kan personen få spørsmål om hen har smerter, eventuelt hvor smertene er og intensitet av disse, personen vil da forstå hva som blir sagt, men klarer ikke å svare på spørsmålene på en skikkelig måte. For en person som skal vurdere om personen med demens har smerter, kan det bli vanskeligere å oppfatte det som blir svart på.

Snoek og Engedal (2017) skriver at personer med moderat demens vil få kommunikasjonsutfordringer, og det kommer av at den språklige kommunikasjonen

svekkes av manglende taleflyt. Sviktende ordproduksjon er det som kommer først, og dette merkes ved at talen blir sen og ikke lenger flyter fritt. Pasienten kan også gjenta samme ord eller setning flere ganger og dette kommer av det motoriske språket, og blir sett på som motorisk afasi. Når en pasient ikke klarer å benevne substantiver har man det som blir kalt for anomisk afasi. Pasienten som ikke klarer å benevne substantiver kan ha ekstra vansker med å eventuelt uttrykke hvor de har smerter, eksempelvis om smertene er i foten eller i hodet.

Snoek og Engedal (2017) hevder at etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir også språksenteret i hjernen mer skadet. Senere i forløpet av demens er det også vanlig at pasienten blir rammet av sensorisk afasi. Chaudhry (2018) skriver at sensorisk afasi er når man har en svekket språkforståelse, men at taleevnen fortsatt er intakt. Etersom det er vanlig at personer med demens blir rammet av motorisk afasi først, og man dermed får svekket taleevne, vil ikke denne være intakt når demenssykdommen utvikler seg. Når demensen utvikler seg slik at man blir rammet av sensorisk afasi, vil taleevnen allerede være redusert. Når en person med demens har sensorisk afasi vil den ikke lenger kunne forstå hva som blir sagt, ettersom dette fører til svekket språkforståelse. Sensorisk afasi vil derfor kunne påvirke kommunikasjonen. Dersom en person med demens får spørsmål om egen smerteopplevelse, kan personen ha vansker med å forstå det som blir spurt om.

Røkenes og Hansen (2012) forteller at gjennom kommunikasjonen med-deler vi våre egne opplevelser eller meninger. Når en person med sensorisk afasi ikke forstår det som sagt, vil det gjøre det mer krevende å med-dele sin egen opplevelse. Eksempelvis kan personen få spørsmål rundt smerter, men ikke forstå det som blir spurt om. Når personen ikke forstår det som blir stilt spørsmål om, kan personen svare på noe helt annet. Dersom personen svarer på noe annet, vil den ikke kunne gi uttrykk for egen opplevelse av smerte.

### **6.3 Diagnostisk overlapping**

Nygaard (2012) hevder at smerter kan komme til uttrykk ved uro, irritabilitet, aggressivitet, spisevegning eller vandring hos mennesker med demens. Snoek og Engedal (2017) skriver at i en fase av moderat demens kan man se psykotiske symptomer hos pasienten, dette kan være slik som synshallusinasjoner, vrangforestillinger eller en atferd som er vanskelig å forstå. Når en person med demens ikke klarer å uttrykke sine smerter

gjennom et verbalt språk eller et tydelig non-verbalt språk, kan det fort tenkes at symptomer som egentlig er smerteuttrykk er knytt til selve demenssykdommen. Når symptomene på demenssykdommen overlapper smertesymptomene, kan det være vanskeligere for helsepersonell som jobber rundt pasienten å forstå at det egentlig er et uttrykk for smerter.

Husebø et al. (2019) og Pieper et al. (2013) gjengitt av Helvik mfl. (2021) hevder at ubehandlet smerter eller udiagnostiserte smerter kan utløse nevropsykiatriske tegn som psykose, aggresjon, og affektive og apatiske symptomer. Snoek og Engedal (2017) skriver at demens i en moderat fase kan man se psykotiske symptomer. Derfor kan uttrykk av smerter og symptomer på demens overlape hverandre, men likevel være uttrykk for forskjellige sykdommer eller plager.

Det vil derfor vær viktig at helsepersonell som jobber med pasienter med demens blir godt kjent med dem, og er bevisst på hva atferdsendringer som uro eller aggressivitet kan være uttrykk for. Symptomer på demenssykdom og smerter kan komme til uttrykk på en lik måte, og her vil det være viktig at helsepersonell er klar over at smerter kan komme til uttrykk på en nonverbal måte. Det er viktig at helsepersonell som jobber med pasienter med demens, er bevisst på at slike atferdsforstyrrelser som uro, aggressivitet eller vandring også kan være et uttrykk for smerter, og ikke nødvendigvis kommer av selve demenssykdommen. Når sykdommer eller skader kommer til uttrykk på en lik måte, men likevel er forskjellige, blir dette karakterisert som diagnostisk overlapping.

Når helsepersonell tenker at atferdsforstyrrelsene er symptomer på selve demenssykdommen, vil det derfor være svært krevende å oppdage smerter hos personer med demens. Dersom helsepersonell som jobber med mennesker som har demens er klar over at uttrykkene for smerter er som de er, vil det også være lettere å avdekke dem. Her kan helsepersonell benytte mobid-2 smertekartleggingsverktøy for videre vurdering av smerter hos personen med demens.



## 6.4 Mobid-2 smertekartlegging

Sandvik (2020) hevder at dersom en person ikke er i stand til å vurdere sin egen smerte, vil det være viktig at helsepersonell gjør det for pasienten. En måte man kan vurdere smerte hos pasienten er gjennom en mobid-2 smertekartlegging. Dette er et smertekartleggingsverktøy som vurderer smerter fra muskel- og skjelett, men også fra hode, indre organer og huden. Uansett om helsepersonell skal vurdere smerter for en pasient, vil det uansett alltid være pasienten selv som opplever smertene og derfor bør være førteinformant. Det vil derfor være viktig at helsepersonell tilrettelegger kommunikasjonen, slik at de kan bli forstått. Dette kan gjøres gjennom enkle ord, eller ved bruk av kroppsspråk. Når de fem strukturelle øvelsen skal gjennomføres i sanntid hos pasienten, kan derfor helsepersonellet benytte enkle ord og vise øvelsene selv. En viktig del av en slik smertekartlegging vil derfor være observasjonskompetansen til helsepersonellet, ettersom man skal gjennomføre øvelser og observere pasientens reaksjoner ved mobilitet. Eide og Eide (2017) skriver at nonverbal kommunikasjon kan være ansiktsuttrykk, mimikk, berøring eller kroppslig uttrykk og bevegelser. Slike nonverbale tegn kan man også se etter under mobilitet. Bruk av mobid- 2 skjema vil derfor være relevant i møte med pasienten som har demens, siden de selv kan ha problemer med å uttrykke smerter som de opplever. Derfor kan helsepersonell bistå i kartlegging av smertene og i intensiteten av den.

Gjennom en slik smertekartlegging vil man derfor kunne bli mer bevisst på om pasienter opplever smerter, og eventuelt hvor intense de er. En pasient kan gjennom sitt verbale språk avkrefte å ha smerter, men ved en slik smertekartlegging kommer det frem at pasienten opplever å ha mye mer smerter enn først antatt. Man skal gjennomføre fem strukturelle øvelser sammen med pasienten, og her kan man observere om pasienten ynker seg, sier «au», endrer ansiktsuttrykk eller gjør motstand. Dersom pasienten gjør noe av dette, kan det være et uttrykk for smerte, og dersom en øvelse gjør vondt for pasienten skal det avsluttes med det samme (Sandvik 2020).

Mobid- 2 vil derfor være et godt verktøy til å vurdere smerter hos pasienter, ettersom de selv kan ha problemer med å uttrykke dem. Ved god og nøye kartlegging av smerter hos pasienter, kan det også bidra til at pasienten får den riktige smertebehandlingen som de har behov for. Sandvik (2020) skriver at for at man skal kunne gi helhetlig smertebehandling

til pasienter må smertene som de opplever å ha være identifisert og kartlagt. For at man skal kunne gi helhetlig smertebehandling er det derfor viktig å vite hvor pasienten har smerter, hvordan det oppleves å ha dem og hvor intense smertene er. Riffin mfl. (2021) har gjennomført en studie som undersøker hvordan omsorgspersoner og helsepersonell så på kommunikasjonen rundt smerter for personer med demens. De hevder at omsorgspersoner har en sentral rolle i formidling av atferd eller symptomer som kan bidra til å gi medisinsk hjelp for personer med demens.

Omsorgspersoner og pårørende for personer med demens vil derfor ha en viktig rolle i formidling til helsepersonell av atferd eller smerteuttrykk. Pårørende kjenner pasientene fra før de ble syke og fikk demens. For pårørende kan det være lettere å se atferdsendringer og rapportere dette videre til helsepersonell. Riffin mfl. (2021) hevder at pårørendes opplæring rundt smerteevaluering, utdanning og egen erfaring kan påvirke nøyaktigheten av rapporteringen. De skriver så videre at helsepersonell opplevde varierende smertekommunikasjon av omsorgspersonene. Det vil være viktig at man tar omsorgspersoner og pårørendes observasjoner og informasjon på alvor, men at helsepersonell gjennomfører mobid-2 smertekartlegging, for å få en helhetlig vurdering.

## **7.0 Konklusjon**

Gjennom oppgaven har jeg undersøkt hvordan demens kan påvirke måten man uttrykker smerter på. Før jeg startet arbeidet med oppgaven hadde jeg lite kunnskap rundt denne problemstillingen, men hadde likevel en grunnleggende oppfatning om at demens var en sykdom som kunne påvirke hvordan man kommuniserer, og at dette igjen kunne påvirke måten man uttrykker smerter. Konklusjonen er at demens påvirker måten man uttrykker smerter på, men at det kommer an på hvor langt sykdommen har utviklet seg. Ved moderat demens kan språket bli påvirket av motorisk afasi, som da vil påvirke taleevnen og hvordan man uttrykker seg verbalt. Motorisk afasi vil ha betydning for talen, taleflyt og helt klart hvordan man kan uttrykke seg gjennom språket og med ordene vi har.

Sensorisk afasi er vanlig senere i forløpet av demens, og når man blir preget av sensorisk afasi vil det også ha innvirkning på måten man uttrykker smerter på. Ved sensorisk afasi er taleevnen og musklene som brukes ved tale intakt, men språkforståelsen er sterkt svekket.

Her vil man ikke kunne forstå hva som blir sagt til en, og dermed vil det også bli vanskeligere å uttrykke seg ettersom man ikke kan ha en normal samtale. Dersom man får spørsmål om smerter, vil den sensoriske afasien gjør slik at man ikke forstår det som blir sagt.

Motorisk og sensorisk afasi sammen vil også bidra til at det blir enda vanskeligere for en person med demens å uttrykke seg. Når man har vansker med talen på grunn av motorisk afasi, og vansker med å forstå det som blir sagt på grunn av sensorisk afasi er det logisk at det blir vanskeligere å uttrykke smerter og ubehag gjennom språket og kommunikasjonen.

## **7.1 Styrker og svakheter ved eget arbeid**

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har jeg tilegnet meg mer kunnskap om demens og smerteuttrykk. Dette er kunnskap og erfaring som kan komme til nytte videre i arbeidslivet. Når jeg er utdannet vernepleier kan jeg jobbe innenfor eldreomsorgen, og da kan bevisstheten min om demens og smerteuttrykk være nyttig. Jeg har selv jobbet innenfor eldreomsorgen, men ikke vært så bevisst over at smerter kan komme til uttrykk gjennom det nonverbale språket. Selv har jeg tenkt at slike symptomer kan være uttrykk for demenssykdom, og ikke for smerter. Mer bevissthet rundt denne problemstillingen kan føre til bedre yrkesutøvelse og gi bedre omsorg for pasienter.

En av de svake sidene med arbeidet har vært lite kontinuitet. Jeg kunne vært flinkere å jobbe jevnt med oppgaven, og jobbet mer med den mot innlevering for veiledning. Dersom jeg hadde jobbet mer med oppgaven mot innleveringene, kunne jeg også fått et bedre utbytte av veiledningene. De to første veiledningene foregikk i grupper, her har jeg fått innspill og inspirasjon fra medstudentene som også har vært positivt for min oppgave. Jeg synes også at det har vært krevende å jobbe med diskusjonsdelen av oppgaven. Alle de ulike delene av diskusjonsdelen henger mye sammen med hverandre, og jeg har derfor syntes det har vært krevende å plassere informasjonen i oppgaven.

## **7.2 Veien videre basert på besvarelsen**

Videre vil kartlegging av smerter hos pasienter med demens være sentralt, da dette kan bidra til bedre livskvalitet for pasientene. Gjennom god smertekartlegging vil det også bli lettere å kunne gi bedre smertelindring. Mobid- 2 skjema er en velkjent måte å kartlegge smerter hos pasienter med demens, men hvor ofte benytter helsepersonell seg av et slikt hjelpemiddel, og hvor hyppig benyttes det i helse- og omsorgstjenestene?

Hyppig bruk av smertekartlegging kan avdekke smerter hos pasientene med demens. Ved å avdekke smerter kan det gi mer velvære for pasientene, men dette krever mer kunnskap om kartleggingshjelpemiddel for helsepersonell.

## 8.0 Litteraturliste

Bondevik, Margareth. 2012. Pleie og omsorg mot livets slutt. Bondevik Margareth og Harald A. Nygaard (Red). *Tverrfaglig Geriatri: En Innføring*. (S. 409- 424). 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Breivik, Harald. 2019. «Smerte hos eldre er vanlig og vanskelig». Ekspertsykehuset blog. <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2019/10/16/smerte-hos-eldre-er-vanlig-og-vanskelig/>

Breivik, Harald. 2021. «Smerte hos eldre og gamle er vanlig og ofte vanskelig å behandle». Oslo-universitetssykehus.no. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/akuttklinikken/avdeling-for-smertebehandling/regional-kompetansetjeneste-for-smerte/smerte-hos-eldre-og-gamle-er-vanlig-og-ofte-vanskelig-a-behandle>

Chaudhry, Farrukh Abbas. 2018. Nervesystemet: Vi har to språkområder. Nicolaysen, Gunnar og Per Holck (Red). *Kroppens funksjon og oppbygging*. 3. utgave. (s. 59 – 102). Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2017. Metode og oppgaveskriving. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde, Eide, Tom og Eide, Eivind. 2017. *Kommunikasjon I Relasjoner: Personorientering, Samhandling, Etikk*. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fors, Egil Andreas. 2012. *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gjøra, Linda, Grete Kjellvik, Bjørn Heine Strand, Marte Kvello- Alme og Gei Selbæk. 2020. «Forekomst av demens i Norge». Aldring og Helse.no. [Forekomst av demens i Norge - ALDRING OG HELSE - Nasjonalt senter](#).

Helse- og omsorgsdepartementet. «Lindrende behandling og omsorg – vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve». St. meld nr. 24 (2019-2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. [Meld. St. 24 \(2019–2020\) - regjeringen.no](#).

Helsedirektoratet. 2019. «Fysisk aktivitet for voksne og eldre». Helsedirektoratet.no. [Fysisk aktivitet for voksne og eldre - Helsedirektoratet](#).

[Helvik, Anne- Sofie, Sverre Bergh, Jurate Saltyte Benth, Geir Sælbek, Bettina S. Husebo og Kjerstin Tevik. 2021. “Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life”. Tandfonline.com.](#)  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2021.1947968?journalCode=camh20>.

Juklestad, Siv Iren og Trond, F. Aarre. 2018. Alderspsykiatri: Demens. Aarre, F Trond (Red). *Psykiatri for helsefag*. 2. utgave. (s. 241-260). Bergen: Fagbokforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen, og Sølvi Linde. 2015. *Innføring I Vernepleie – Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget

Nortvedt Per og Finn Nortvedt. 2018. *Smerte – fenomen og etikk*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal.

Nygaard, Harald A. 2012. Kroniske, ikke- ondartete smerter hos gamle. Bondevik Margareth og Harald A. Nygaard (Red). *Tverrfaglig Geriatri: En Innføring*. (S. 267- 280). 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget

Reme, Silje Endresen og Henrik Børsting Jacobsen. 2017. Psykososiale risikofaktorer ved smerte: «Fra vondt til verre!» Når akutte smerter blir langvarige. Individuelle risikofaktorer. Fors, Egil og Tore Stiles (Red). *Smerte – psykologi*. (s. 59- 78). Oslo: Universitetsforlaget.

Riffin, Catherine, Karlee Patrick, Sylvia L. Lin, M. Carrington Reid, Keela Herr og Karl A. Pillemer. 2021. “Caregiver- provider communication about pain in persons with dementia”. [Caregiver–provider communication about pain in persons with dementia -](#)

[Catherine Riffin, Karlee Patrick, Sylvia L. Lin, M. Carrington Reid, Keela Herr, Karl A. Pillemer, 2022 \(sagepub.com\).](#)

Romsland, Grace Inga. 2011. *Kognitiv svik: lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskade*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære Eller Briste: Kommunikasjon Og Relasjon I Arbeid Med Mennesker*. 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Sandvik, Reidunn K.N.M og Bettina Husebø. Smertekartlegging – Måler smerter hos personer med demens. 2011. Ukjent eier av bilde til Mobid-2 skjema.

<https://sykepleien.no/forskning/2011/10/maler-smerte-hos-personer-med-demens>.

Sandvik, Reidun K.N.M. 2020. «Slik vurderer du smerter hos personer med demens». Sykepleien.no. [Slik vurderer du smerte hos personer med demens \(sykepleien.no\)](#).

Skaug, Eli- Anne. 2016. Aktivitet. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn, Nortvedt, Eli- Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø (Red.). Grunnleggende sykepleie Bind 2. (s. 314- ?) 3 utgave. Gyldendal Akademisk.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykatri For helse- og sosialutdanningene*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Strand, Bjørn Heine, Vollrath Margrethe Erika Marie Torgersen, Skribekk Vegard Fykse. 2021. «Demens». FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>.

Tjølsen, Arne og Jan Henrik Rosland. 2017. Nevrobiologi: Smertedefinisjon. Fors, Egil A og Tore Stiles (Red). *Smerte – psykologi*. (s. 33 – 46). Oslo: Universitetsforlaget.

## 9.0 Vedlegg

### 9.1 Mobid-2 smerteskala

Ukjent eier av bilde. Er hentet fra artikkelen til Sandvik og Husebø, 2011.

APPENDIKS

## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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

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

### Smerteatferd

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

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

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

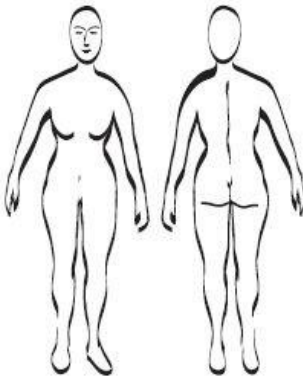
	-----
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

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

### Smerteatferd

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



### Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

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

Bettina Husebø/Wed.ub.no, Institutt for samfunnsmedisin og lag, Universitetet i Bergen