

Den glemte smerten

En litteraturstudie om hvordan sykepleiers kunnskap kan påvirke smertekartleggingen av en pasient med demens.

Kandidatnummer: 213
VID vitenskapelige høyskole
Oslo

Bacheloroppgave
Bachelor i sykepleie
Kull: Bis 2018

Antall ord: 8642
28.05.2021

Sammendrag

Bakgrunn: Over 50 000 personer i Norge lever med demens og smerter, og på verdensbasis gjelder dette over 25 millioner mennesker.

Hensikt: Å presentere relevant teori om smertekartlegging av pasienter med demens og drøfte hvorvidt sykepleiers kunnskap om denne teorien påvirker smertekartleggingen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiers kunnskap påvirke smertekartleggingen av en pasient med demens ved bruk av MOBID-2?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskningsartikler, fagartikler og pensumlitteratur.

Resultat: Forskning tyder på at kunnskapsmangler hos sykepleier om smerte, demens og smertekartlegging øker risikoen for at pasienter med demens blir utsatt for maktmisbruk og unødvendig bruk av tvang.

Konklusjon: Økt kunnskap hos sykepleier kan bidra til forbedret smertekartlegging og senke sannsynligheten for at sykepleier vil utøve negativ maktbruk. Studier har funnet støtte for at MOBID-2 er et stabilt og pålitelig verktøy når det kommer til smertekartlegging av pasienter med demens.

Abstract

Background: In Norway over 50 000 people live with dementia and pain, worldwide this applies to over 25 million people.

Purpose: The objective is to present relevant theory on pain assessment of patients with dementia, and argue in this context whether nurses knowledge of this theory and concept affects the assessment of pain.

Research question: How can nurses knowledge affect the pain assessment of a patient with dementia using MOBID-2?

Method: The thesis is based on research articles, research papers and the relevant syllabus literature.

Result: Research shows that nurses lack of knowledge regarding pain, dementia and pain assessment increases the risk of being exposed to abuse and unnecessary use of coercion for patients with dementia.

Conclusion: With increased knowledge nurses can contribute to improved pain assessment and subsequently reduce the risk of coercion and abuse. Studies support that MOBID-2 is a stable and dependable tool when it comes to pain assessment of patients with dementia.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	II
1.1	BAKGRUNN	II
1.2	PROBLEMSTILLING	1
1.3	HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIGE RELEVANS	1
1.4	AVGRENSNINGER OG CASE	2
1.5	BEGREPSAVKLARING	4
1.6	OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	4
2	METODE	5
2.1	BESKRIVELSE AV METODE	5
2.2	FREMGANGSMÅTEN	5
2.3	SØKSSTRATEGI	6
2.4	INTRODUKSJON AV FORSKNINGSARTIKLENE	7
2.5	KILDEKRITIKK	8
2.6	KRITISK REFLEKSJON AV OPPGAVEN	9
3	RESULTATER	10
3.1	TEORI	10
3.1.1	OREMS EGENOMSORGSTEORI	10
3.1.2	DEMENS	11
3.1.3	SMERTE	11
3.1.4	MOBID-2	12
3.1.5	KOMMUNIKASJON	13
3.1.6	MEDFØLELSE	13
3.1.7	MAKT	14
3.1.8	TVANG	14
3.1.9	LOVVERK OG YRKESETISKE RETNINGSLINJER	15
3.2	FORSKNINGSRESULTATER	15
4	DRØFTING	19
4.1	OREMS EGENOMSORGSTEORI	19
4.2	AGITASJON OG URO HOS PASIENTER MED DEMENS	19
4.3	MEDFØLELSEUTMATTELSE SOM ÅRSAK TIL UOPPDAGET SMERTEATFERD	20
4.4	UNDERRAPPORTERING AV SMERTE SOM MAKTMISBRUK	22
4.5	KOMMUNIKASJON SOM MAKTMIDDEL	22
4.6	BRUK AV TVANG VED SMERTEKARTLEGGING	24
4.7	SYKEPLEIERENS KUNNSKAP OM SMERTEKARTLEGGING AV PASIENTER MED DEMENS	25
4.8	HVA JEG HAR LÆRT	26
4.9	KONKLUSJON	27
	LITTERATURLISTE	28

Dikt skrevet av en pasient på sykehjem

Diktet ble funnet etter hennes død (Ertesvåg, 2017).

*Hva ser du søster, hva ser dere så?
Forklar hva dere ser når dere ser på meg?
En sur gammel dame, ikke særlig kvikk,
Usikker på det meste, med fraværende blikk.*

*Som søler ut maten og ikke gir svar,
Dere klager om henne som aldri blir klar.
Som ikke ser ut til å merke hva dere gjør
Og stadig mister kjeppen og ikke ser seg for.*

*Dere virker å gjøre hva dere vil,
Med mating og vasking og alt som hører til.
Er det slik dere tenker når dere ser meg?
Åpne øynene søster, se nærmere på meg.*

*Jeg skal fortelle om hvem jeg er, som sitter her så stille.
Som gjør hva dere ber meg om, og spiser når dere vil det.
Jeg er ett 10 år gammelt barn, med en far og en mor.*

*En 16 år gammel jente vakker og fjong,
Med drømmer om å snart få møte en mann.
En brud nesten tjue – mitt hjerte slår volt,
Ved minnene av løfte jeg har gitt og hold.*

(...)

*Mørke dager faller over meg, min mann er død,
Jeg går mot en framtid i ensomhet og nød,
Da mine har nok med å ordne med sitt,
Men minnet av årene og kjærlighet er mitt.*

(...)

*Men inne denne gamle kroppen bor enda en ung jente.
Da og da oppfylles mitt gamle hjerte.
Jeg minnes min glede, jeg minnes min smerte.
Og jeg elsker og lever om livet på nytt.*

(...)

*Om dere åpner deres øyne, søster, så ser dere ei
Bare en gretten gammel dame.
Kom nærmere – se meg.*

1 Innledning

I dette kapittelet vil bakgrunn for valg av tema og problemstilling bli presentert. Oppgaven vil avgrenses ved bruk av en fiktiv case og oppgavens hensikt vil beskrives. Deretter vil begreper fra problemstillingen blir definert og til slutt vil oppgavens videre disposisjon bli presentert.

1.1 Bakgrunn

I 2020 var det rundt 50 millioner mennesker med demens på verdensbasis, og over 100 000 med demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Hvorav halvparten av disse lever med smerter og demens. Det er estimert at disse tallene vil øke, og at det i 2050 vil leve rundt 200 millioner mennesker med demens på verdensbasis og over 200 000 i Norge. Av de 100 000 menneskene med demens i Norge i 2020, bodde rundt 60 000 av disse fortsatt hjemme. Av de over 70 år som har hjemmetjenester har over 40% demens, mens det hos sykehjemsbeboere på langtids plass er over 80% av beboerne som har demens (Folkehelseinstituttet, 2021)

Et systematisk kartleggings skjema er et viktig verktøy for å få en korrekt vurdering av pasientens smerter. Samtidig viser en norsk studie at sykepleiere sjelden bruker kartleggings skjema i sine vurderinger, kun en av ti tok ofte i bruk kartleggings skjema, mens syv av ti brukte nesten aldri eller aldri kartleggings skjema når de vurderte smerter (Folkehelseinstituttet, 2021).

MOBID-2 er et kartleggingsverktøy laget for å kartlegge smerter gjennom observasjon av smerteatferd hos pasienter med demens (Galek & Gjertsen, 2011). Å belyse hvordan sykepleier kan bruke MOBID-2 skjemaet er aktuelt og relevant ettersom forskning viser til at mange sykepleiere har manglende kunnskaper og ferdigheter innenfor smertekartlegging av pasienter med demens (Danielsen et.al., 2016, s. 382).

Over halvparten av alle pasientene som oppsøker helsevesenet gjør dette grunnet smerte. Dette gjør smerte til den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker helsevesenet. To av tre

eldre opplever smerte og over 90% av disse opplever kroniske smerter. Smerte hos eldre er underrapportert, underdiagnostisert og underbehandlet (Folkehelseinstituttet, 2021).

Demens kan deles opp i mild, moderat og langtkommen demens (Rostad et al., 2019). I oppgaven omtales ikke mild eller moderat demens, og bruken av ordet demens vil brukes om den alvorligste graden – langtkommen demens. Smertekartlegging hos pasienter med demens er et svært viktig og aktuelt tema ettersom det er estimert at over halvparten av alle menneskene med demens lever med smerter (Helsedirektoratet, 2019). På verdensbasis utgjør dette 25 millioner mennesker med smerter og demens, og over 50 000 mennesker i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021).

Å drøfte hvordan sykepleiers kunnskap kan påvirke smertekartlegging ved bruk av MOBID-2 kan bidra til å belyse hvor viktig det er å være bevisst på egen kunnskap ved smertekartlegging av pasienter med demens (Husebø & Sandvik, 2011).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiers kunnskap påvirke smertekartleggingen av en pasient med demens ved bruk av MOBID-2?

1.3 Hensikt og sykepleiefaglige relevans

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan smertekartlegging av personer med demens ved bruk av MOBID-2 kan påvirkes av sykepleiers kunnskapsnivå. Det er av sykepleiefaglig relevans å belyse smertekartlegging av personer med demens ettersom forskning viser til at mange sykepleiere selv opplever at de ikke har nok kunnskap om smertekartlegging av denne pasientgruppen (Häikiö, 2015, s. 3).

Casen som blir presentert i oppgaven foregår på en sykehjems avdeling for pasienter med langtkommen demens. Likevel kan det argumenteres for at oppgaven også er relevant for andre sykepleiere i helsevesenet som kan møte pasienter med demens. I tillegg kan oppgaven være relevant for sykepleiestudenter og for de som utdanner disse studentene som et bidrag til å øke kunnskap om smertekartlegging av pasienter med demens.

1.4 Avgrensninger og case

For å avgrense oppgaven er det brukt en fiktiv case. I dette kapitlet vil det presenteres relevant bakgrunn om pasienten, resultater fra siste MOBID-2 smertekartlegging av pasienten i casen, i tillegg til at sykepleiers kommentar til denne smertekartleggingen presenteres. Denne casen utgjør grunnlaget for drøftingen i kapittel 4. I oppgaven vil jeg referere til pasienten som hankjønn ettersom pasienten i casen er mann og jeg vil bruke hunkjønn for å referere til sykepleier for å tydeligere skille hvem jeg referer til.

Bakgrunn om pasienten:

Per Gunnarsen er 87 år og er gift med Sunniva Gunnarsen, som er hans nærmeste pårørende. Per bor på skjermet avdeling for pasienter med langtkommen demens på det lokale sykehjemmet. Han har alvorlig hukommelsestap, han er desorientert for tid og sted samt egen alder. Per er helt avhengig av tilrettelegging i stell og hjelp til personlig hygiene og omsorg. Per har gradvis mistet språket de siste 10 årene og har nå svært lite språk igjen. Han kan til tider forstå korte, enkle og tydelige setninger. Per sin hukommelse er svært redusert som følge av hans demenssykdom. Han har også lang latenstid ved verbal kommunikasjon. Per hører godt ved bruk av høreapparat. Han er svært var for andres kroppsspråk. Ellers vandrer Per mye i gangene, frem til siste uken hvor han ikke har vandret noe. Tidligere har Per vært en aktiv mann både i jobb og på fritiden. Per har i sitt voksne liv slitt mye med smerter fra rygg og knær grunnet belastning fra hans tidligere jobb som tømrer. Per står på faste medisiner for hans demenssykdom og står på smertestillende ved behov. Den siste uken har sykepleier og pårørende opplevd Per som mer forvirret, frustrert, deprimert og sint.

Resultatene fra dagens smertekartlegging:

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: Per Gunnarson Dato: 11.05.2021 Tid: 08.05 Avdeling: Skjernet avdeling langtkommen demens

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Aul»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Slører
Beskytter seg
Skytter fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

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

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

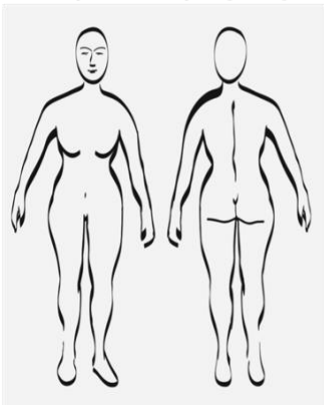
1. Led til å åpne begge hender	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

6. Hode, munn, hals	<input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	<input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	<input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	<input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	<input checked="" type="checkbox"/>	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

(Helsebiblioteket, u.å.)

Kommentar fra sykepleier:

Per var på rommet og ikke ute i gangen og vandret, slik han pleier, da jeg skulle smertekartlegge han ved bruk av MOBID-2. Per virker fortsatt forvirret, frustrert, deprimert og sint slik han har vært den siste uken. Jeg måtte bruke makt for å få Per til å slippe taket på skjorten sin slik at jeg kunne åpne og lukke hånden hans i smertekartleggingen. Vi snakket

ikke noe under smertekartleggingen ettersom Per ikke kommuniserer tilbake. Per hadde ingen fysiske tegn som tilsa at han hadde smerter, så jeg så ikke behov for smertelindring. Jeg tror grunnen til at han fikk så høyt utslag på smerter i dag var fordi han var tydelig irritert og sint under kartleggingen og ikke på grunn av smerter.

1.5 Begrepsavklaring

Smerte kan defineres som emosjonelt eller sensorisk ubehag, assosiert med tilstedeværende eller truende vevsskade (Bjørø & Torvik, 2014, s. 390).

Demens er en sykdom hvor de kognitive funksjonene er svekket (Dietrichs, 2017, s. 487).

Smertekartlegging er en prosess der sykepleier samler data for å undersøke om pasienten opplever smerter (Sandvik, 2020).

MOBID-2 står for Mobilisation – Observation -Behaviour – Intensity – Dementia og er et smertekartleggingsverktøy hvor kartlegger guider pasienten gjennom ulike bevegelser for å kartlegge smerteatferd (Galek & Gjertsen, 2011).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven vil metode og resultater beskrives, før problemstillingen drøftes.

I kapittel 2 vil metoden som er brukt bli beskrevet, deretter søksstrategien. Videre blir utvalgte forskningsartikler presenteres, inkludert deres styrker og svakheter. I kapitlet 3 vil Orem's egenomsorgsteori presenteres. Deretter vil relevant teori om sykepleiers kunnskap innenfor demens, smerte, MOBID-2, lovverk, kommunikasjon, medfølelse, makt, tvang og etikk bli presentert. Til slutt i kapitlet vil de relevante resultatene fra forskningsartiklene presenteres. I kapittel 4 drøftes problemstillingen i lys av teorien presentert i kapittel 3, deretter vil oppgaven bli oppsummert i kapitlet «Hva jeg har lært». Til slutt vil konklusjonen for oppgaven bli presentert i tillegg til forslag om videre forskning og personlig ønske til VID om å implementere bruk av MOBID-2 og kunnskap om smertekartlegging i utdanningen deres av sykepleierstudenter.

2 Metode

I dette kapitlet vil det defineres hva en metode er og hva som kjennetegner en litteraturstudie. Deretter vil søksstrategien beskrives, og forskningsartiklene vil presenteres i tillegg til en begrunnelse for hvorfor forskningsartiklene er relevant for denne problemstillingen

2.1 Beskrivelse av metode

Metode kan ifølge Dalland defineres som en fremgangsmåte eller et verktøy for å løse et problem eller finne frem til ny kunnskap. Alle verktøy som bidrar til dette kan beskrives som en metode (Dalland, 2015, s. 54). Metoden for denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk metode hvor man ved hjelp av skiftelige kilder ønsker å belyse et tema, eller en bestemt problemstilling (Thidemann, 2020, s. 78).

2.2 Fremgangsmåten

Første steget i min litteraturstudie var å få oversikt over temaet smerte og demens. Denne fasen har vært en lang prosess ettersom jeg har samlet oversikt og kunnskap om smerte og demens fra min første praksis. Videre har jeg gjennom studiet samlet oversikt og kunnskap fra forelesninger, pensum og andre praksisperioder. Siste delen av denne prosessen har gått til å søke nyere forskning om dette temaet. For å få oversikt over relevant forskning, skumleste jeg fag og forsknings artikler for så å vurdere om artikkelen kunne brukes i min oppgave. Da jeg hadde funnet artikler jeg tenkte var relevante, leste jeg disse artiklene nøye for å fullstendig kunne forstå innholdet. Jeg vurderte styrker og svakheter ved de ulike kildene før jeg satt meg inn i artiklenes resultater og funn. Deretter laget jeg en oversikt over litteraturen jeg hadde funnet, for så å skrive resultatene fra disse forskningsartiklene inn i denne oppgavens resultat kapittel (Thidemann, 2015, s. 78).

2.3 Søksstrategi

For å finne inspirasjon til relevante nøkkelord leste jeg gjennom fag og forskning artikler på dette temaet som jeg hadde funnet tidligere i studiet. De første søkene min ga over 2000 treff ettersom jeg brukte «OR» mellom søkerordene istedenfor «AND», da jeg endret dette ga de samme søkene et mer begrenset antall treff. Søkeprosessen tok lang tid ettersom mange søk ledet frem til artikler jeg ikke ønsket å bruke på bakgrunn av mine inklusjon- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var at studiene skulle være overførbare til norske forhold ettersom denne bacheloroppgaven er skrevet på norsk til norske sykepleiere. Artikler som var publisert før 2014 ble ekskludert ettersom det var viktig for meg at oppgaven skulle være basert på nyere forskning. Studier på andre språk enn norsk, engelsk, svensk og dansk, ble ekskludert ettersom jeg forsto innholdet i artiklene. Flere artikler ble ekskludert ettersom de ikke var tilgjengelig i full tekst. Av artiklene som besto disse kriteriene, ble tittel og innledning lest og de mest relevante artiklene ble brukt i denne oppgaven. Oversikten over alle søk ble for stor til å ta med i oppgaven, grunnet oppgaven størrelse. I søkene brukte jeg databasene CINAHL with full text, DOAJ – Directory of Open Access Journals, BMJ – Best practice, Cochran library, og SveMed+. Det var kun de to førstnevnte databasene som førte til funn av artikler jeg endte med å bruke.

Database	Søkeord	Treff	Utvalgte artikler
CINAHL	Norway or Norwegian, AND pains assessment, AND dementia	23	Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain.
			The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia.
CINAHL	Companion fatigue AND consequences AND nurses	29	Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses
DOAJ	Restraint AND dementia AND nursing home	6	A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes
DOAJ	Abuse AND dementia AND long-term care	9	Preventing the abuse of residents with dementia or Alzheimer's disease in the long-term care setting: a systematic review

2.4 Introduksjon av forskningsartiklene

Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain er en forskningsartikkel fra 2020 publisert i Sykepleien forskning. Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomsten av smerte hos pasienter med demens i tillegg til å undersøke hvordan sykepleier kan kjenne igjen smerte hos personer med demens. Denne artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den belyser hva som kjennetegner smerte hos pasienter med demens (Rostad, 2020).

Preventing the abuse of residents with dementia or alzheimers disease in the long-term care setting: a systematic review er en forskningsartikkel fra 2019 publisert i Clinical Interventions in Aging. Hensikten med studien var å undersøke misbruk av beboere med enten demens eller Alzheimers sykdom på sykehjem for å forstå bedre hvordan misbruk kan forhindres. Denne artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den beskriver faktorer som bidrar til økt misbruk av pasienter med demens, samt hvilke tiltak som kan bidra til å senke misbruken (Mileski et al., 2019).

A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes er en forskningsartikkel fra 2017 publisert i BMC Nursing. Hensikten med studien var å avdekke hvilke faktorer som fasiliteter for eller minsker bruken av tvang mot beboere med demens på sykehjem. Denne artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den beskriver hvordan personer med demens oftere enn andre beboere på sykehjem, blir utsatt for misbruk og makt (Jacobsen et al., 2017).

The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia fra 2014, publisert i European Journal of Pain. Hensikten med studien var å undersøke påliteligheten, reliabiliteten, standardavviket og minste påvisbare endring og respons av MOBID-2. Denne artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den finner støtte for at MOBID-2 er et pålitelig verktøy i bruk av smertekartlegging hos personer med demens (Husebø et al., 2014).

Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses er en forskningsartikkel fra 2020 publisert i International Journal of Mental Health Nursing. Hensikten med denne forskningsartikkelen var å forstå årsakene til og konsekvensene av utviklingen av medfølelse-utmattelse hos pleiere. Denne artikkelen er relevant for min problemstilling ettersom den beskriver hvordan manglende kunnskap om medfølelse kan påvirke sykepleiers evne til å ivareta pasientens behov, som ved smertekartlegging (Pérez-Garía et al., 2020).

2.5 Kildekritikk

Det som styrker disse forskningsartikkelen er at studiene blir gjennomført i pasientenes allerede eksisterende omgivelser med deres primære omsorgspersoner som deltagere i studien. Denne store likheten mellom miljøet forskningen er gjennomført i og pasientenes naturlige miljø styrker funnene fra studiene sin generaliserbarhet.

En utfordring med noen av studiene er at de har forsket på smertekartlegging av pasienter med demens som kan ha ført til at pasientene kan bli utsatt for unødvendig smerte og lidelse som følge av kartlegging. Både som helsepersonell og som forskningsledere, skal man minimere skade og ubehag for deltagerne i forskningen (World Medical Association, 2018). Det kan derfor være nødvendig å stille spørsmål ved om gjennomføringen av de guidede bevegelsene ved bruk av MOBID-2 kan bidra til mer smerte hos pasientene enn de vanligvis ville opplevd dersom de ikke hadde blitt trukket ut til å være med i studien. Hensikten til disse studiene er på sikt å redusere smerte hos pasienter med demens, og man kan argumentere for at pasientene uansett ville kjent på smerten de fikk under smertekartleggingen. Et annet aspekt rundt etikken i denne forskningen, er kravet om at deltagelse i forskning skal være frivillig, og at deltagerne skal være informert om hva det forskes på (World Medical Association, 2018). Det kan diskuteres hvorvidt dette kriteriet for god etikk kan bli oppfulgt i forskning hvor personer med langtkommen demens er deltagere. Man kan argumentere for at selv om pasientene, eller deres pårørende, kan godta at en person med langtkommen demens er med i forskningen, er det rimelig å betvile om dette oppfyller kravet om frivillig deltagelse for disse forsøkspersonene (World Medical Association, 2018).

2.6 Kritisk refleksjon av oppgaven

Det er flere aktuelle rammefaktorer rundt denne oppgaven som kan ha påvirket oppgavens innhold på ugunstige måter.

Oppgavens tidsbegrensning har blant annet begrenset antall søk etter artikler, dette kan ha ført til at viktige og relevante forskningsartikler har gått tapt i søkeprosessen. Samtidig har søkeordene som har blitt brukt i oppgaven begrenset søkene og funn av forskningsartikler. Bruk av andre, og mulig bedre søkeord, kunne ha ført til funn av andre relevante artikler.

Bacheloroppgaven i sykepleie ved VID skrives av kun en person, dette gjør at utvelgelsen av forskningsartikler og teori avhenger av kun denne personen. Det er derfor mulig at artiklene og teorien som er valgt ut har blitt valgt ut på bakgrunn av forfatterens meninger og inntrykk, uten at dette har vært en bevisst prosess. I tillegg omfatter oppgaven kun et smertekartleggingsskjema, mens andre relevante smertekartleggingsskjemaer for pasienter med demens ikke har blitt belyst.

Det er i oppgaven bruk en case som preger drøftings kapittelet. Bruk av en annen case, eller ikke bruk av case, kunne muligens belyst andre viktige momenter rundt problemstillingen. Mye av teorien brukt i oppgaven er basert på pensumlitteratur hvor ikke alltid nyeste utgave av bøkene har vært tilgjengelig, dette kan ha påvirket teorien presentert i oppgaven. Videre kunne andre relevante temaer vært trukket inn, som forfatter av oppgaven ikke har tenkt på. Materiale kan også ha blitt prioritert bort på bakgrunn av oppgavens størrelse og tidsbegrensning.

Likevel kan en argumentere for at oppgaven på tross av dette har en verdi som litteraturstudie. Oppgaven er basert på nyere forskning, den har fulgt retningslinjer for oppgave skriving og er av sykepleiefaglig relevans.

3 Resultater

I dette kapitlet vil det først presenteres relevant teori og kunnskap sykepleier kan ha nytte av ved smertekartlegging av personer med demens, for så å presentere forskningslitteraturen som har blitt anvendt i denne oppgaven.

3.1 Teori

I denne delen vil Orems egenomsorgsteori beskrives, for så å kort presentere relevant kunnskap i underkapitler om smerte, demens, MOBID-2, kommunikasjon, medfølelse, makt, tvang, lovverk og etikk, som kan være relevant ved smertekartlegging av personer med demens.

3.1.1 Orems egenomsorgsteori

For å drøfte problemstilling i lys av et diakonalt perspektiv har jeg valgt å bruke Dorothea Orem sykepleieteori. Orem er en kjent sykepleie teoretiker som i 1971 ga ut boken *Nursing: Concepts of Practice*. I denne boken ble teorien om egenomsorgstenkningen og egenomsorgssvikt presentert (Kristoffersen, 2015, s. 227). Egenomsorg kan beskrives som en helseatferd ved at handlinger mennesket gjør, bidrar til god, eller bedre helse. Egenomsorgssvikt kan da tolkes som svikt i denne helseatferden. Egenomsorgskapasitet er en betegnelse for pasientens kapasitet til å imøtekomme sitt eget omsorgsbehov. For å kunne imøtekomme dette behovet, må pasienten være i stand til å identifisere sine egne behov, forstå hvilke handlinger som må gjøres for å imøtekomme dette behovet, og ikke minst utføre disse handlingene. Et menneske med god egenomsorgskapasitet, har tilstrekkelig kunnskap og mentale kognitive ferdigheter til å vurdere sine egne behov og handle på disse behovene. Dersom pasientens egenomsorgskapasitet ikke klarer å imøtekomme sitt egenomsorgsbehov kan man kalle det for en egenomsorgssvikt (Kristoffersen, 2015, s. 234). Er pasienten i en tilstand av egenomsorgssvikt, kan sykepleiers omsorgskapasitet bidra til at pasientens omsorgsbehov blir møtt. Sykepleiers kunnskap, ferdigheter og verdier er grunnmuren for sykepleiers omsorgskapasitet (Kristoffersen, 2015, s. 235).

3.1.2 Demens

Hovedtrekkene for de ulike typene demens er like og kan være svært vanskelig å skille fra hverandre på et klinisk grunnlag (Dietrichs, 2017, s. 487). Et av hovedtrekkene er at de kognitive funksjonene som hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, evne til abstrakt tenkning og språkfunksjoner blir redusert eller endret. Et annet hovedtrekk er at pasienten har svært manglende orienteringsevne for tid, sted eller situasjon (Dietrichs, 2017, s. 487). En pasient med alvorlig eller langtkommen demens vil være svært preget av sine reduserte kognitive evner og vil ha behov for hjelp med dagligdagse aktiviteter. Selv om hovedtrekkene er like, vil enhver situasjon og være unik og prege hverdagen og livet, ulikt. (Dietrichs, 2017, s. 487).

3.1.3 Smerte

Smerte og smerteatferd er et nødvendig signal fra kroppen for å unngå skader (Häikiö, 2015, s. 11). Smerte kan variere i intensitet, karakter og varighet, de kan ha ulik årsak og også ulik påvirkning på livskvalitet, humør og sinnstilstand (Häikiö, 2015, s. 17). Fysisk respons på smerte som høy puls, høyt blodtrykk, svette, hurtig pust og utvidede pupiller, er mindre vanlig hos eldre mennesker og forekommer sjeldent ved kroniske smerter. Ved smerte kan pasienten få smerteatferd som å gråte, ynke seg eller gni på skadestedet. Slik smerteatferd forekommer hyppigere ved akutte smerter og sjeldnere ved kroniske smerter (Häikiö, 2015, s. 12). Vanlig smerteatferd hos pasienter med demens, er blant annet økt agitasjon, uro, utagering og fravær av normal atferd (Häikiö, 2015, s. 23). Pasienter med langtkommen demens kan ikke late som at de har smerter. Forskning har funnet støtte for at dette er en vanlig misoppfatning. En annen misoppfatning er at sykepleiere tror de er bedre på å avdekke smerter enn det de faktisk er (Häikiö, 2015, s. 24-27). Mange sykepleiere er ikke klar over at de selv ikke har nok kunnskap om smerte, demens og smertekartlegging. Forskning viser til at flere sykepleiere har en negativ holdning til pasienter med demens, hvorav noen også tror at disse pasienten uttrykker smerte for å få oppmerksomhet (Häikiö, 2015, s. 24-27).. Andre sykepleiere tror at smerte er en naturlig del av det å bli eldre, og at pasienten derfor må leve med denne smerten. Denne kunnskapsmangelen kan påvirke smertekartlegging og behandlingen av pasienter med demens på en negativ måte (Häikiö, 2015, s. 36).

3.1.4 MOBID-2

MOBID-2 er delt opp i 2 deler. I del 1 hjelper sykepleier pasienten med å utføre guidede bevegelser, samtidig som hun observerer om disse bevegelsene utløser smerteatferd hos pasienten. I del 2 krysser sykepleier av på en skisse av menneskekroppen utfra hvor sykepleier mistenker at pasienten har hatt smerter i løpet av den siste uken (Häikiö, 2015, s. 27).

Det er viktig å ha en standardisert prosedyre for smertekartlegging, som MOBID-2, ettersom pasienter med demens kan ha vanskeligheter med å selv gjøre rede for sine smerter (Sandvik, 2020). Implementering av MOBID-2 kan føre til at sykepleier har et økt fokus på smerter og smerteatferd hos pasientene. Kartleggings skjemaer laget for å observere smerteatferd, er hovedsakelig best egnet til å vurdere om pasienten har smerter, og i noe mindre grad egnet til å vurdere pasientens smerteintensitet (Häikiö, 2015, s. 33). Ulike studier har vist at MOBID-2 har høy inter- og intra-rater reliabilitet, som vil si at samme sykepleier, og forskjellige sykepleiere, i høy grad har rapportert en ganske lik mengde smerte hos den samme pasienten ved gjentatte målinger (Benestad & Laake, 2008, s. 135). Dette taler for at MOBID-2 er et reliabelt smertekartleggingsverktøy, da dette viser at under de samme omstendighetene gir MOBID-2 ganske likt svar hver gang (Häikiö, 2015, s. 34).

Mange sykepleier bruker ikke egnede smertekartleggingsverktøy som MOBID-2 ettersom de opplever at dette fører til økt arbeidsbelastning. Dette kan være en misoppfatning ettersom et innarbeidet smertekartleggingsverktøy kan utføres som en naturlig del av morgenstellet, og dermed ikke vil føre til noe særlig økt arbeidsbelastning i forhold til det sykepleier allerede har. Derimot kan smertekartlegging føre til smertelindring som igjen kan redusere agitasjon hos pasientene og bidra til lavere arbeidsbelastning for sykepleier og en bedre hverdag for pasientene (Häikiö, 2015, s. 37).

3.1.5 Kommunikasjon

Det er viktig å tilrettelegge kommunikasjonen for pasienter med demens ettersom disse pasientene kan ha vansker med å forstå sykepleier og vanskeligheter med å kommunisere sine egne behov og ønsker. Sykepleier bør være observant på at pasienter med demens kan trenge lengre tid enn vanlige pasienter, spesielt når det kommer til kommunikasjon.

Sykepleier bør derfor være tålmodig, bruke korte og enkle setninger, lytte aktivt, ikke skifte tema for raskt, men gi pasienten god tid til å svare (Eide &Eide, 2012, s. 384). Nonverbal kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel ettersom det kan bidra til at pasienten og sykepleier kan forstå hverandre bedre. Nonverbal kommunikasjon kan blant annet komme til uttrykk gjennom ansiktuttrykk, kroppsspråk og toneleie (Eide &Eide, 2012, s. 202). Sykepleier som er observant på pasientens nonverbale uttrykk kan få tak i viktige signaler fra pasienten om hans behov. En pasient kan kommunisere nonverbalt at han har smerter, uten å selv være i stand til å si dette verbalt til sykepleier. Sykepleier bør bruke ord og uttrykk pasienter er vant til å bruke og kjenner til fra før (Eide &Eide, 2012, s. 387).

3.1.6 Medfølelse

Medfølelse kan defineres som å gjenkjenne lidelse hos andre, og å sette i gang tiltak for å fjerne, redusere eller lindre denne lidelsen (Pérez-Garía et al., 2020). Medfølelse hos sykepleier er en positiv respons på pasientens lidelse, ettersom dette kan føre til bedre behandling og økt omsorg for pasienten. Å lindre lidelse hos pasienten er en viktig del av sykepleien. Smerte er en form for lidelse hos pasienter som kan vekke medfølelse hos pasientens sykepleier, dette vil igjen gi økt sannsynlighet for at sykepleier iverksetter tiltak som vil lindre pasientens smerte (Pérez-Garía et al., 2020).

En sykepleier som daglig arbeider med pasienter som har smerte, kan utvikle medfølelsesutmattelse for pasientens smerter. Medfølelsesutmattelse kan beskrives som en akutt utbrenthet blant helsepersonell som hyppig opplever mye lidelse blant sine pasienter. Dette kan oppstå hvis sykepleier ikke har ressursene som er nødvendig for å hjelpe en pasient, noe som vil kunne føre til at sykepleier opplever håpløshet og avmakt. Medfølelsesutmattelse kan også komme av for høy arbeidsbelastning, turnusarbeid, dårlig arbeidsmiljø eller stor fysisk eller psykisk belastning. Dette vil kunne få store konsekvenser

for pasienten ettersom det kan føre til at sykepleier distanserer seg fra pasientens lidelse, og vil kunne resultere i at sykepleier gir redusert omsorg og redusert lindring av lidelse (Pérez-Garía et al., 2020).

3.1.7 Makt

En sykepleier har makt hvis hun eller han har en ressurs pasienten ikke har, men har behov for (Ingstad, 2016, s. 151). En sykepleier eller pasient som mangler en ressurs kan oppleve en avmakt. Makt kan brukes positivt eller negativt. Bruker sykepleier makten sin til pasientens beste, er dette positiv bruk av makt, mens negativ maktbruk kan være å gjøre noe på bekostning av pasientens beste. Maktmisbruk er en form for negativ maktbruk og kan ofte assosieres med tvang. Å anerkjenne at man har en makt, og at man er villig til å bruke denne positivt, er viktig for å utøve god sykepleie (Ingstad, 2016, s. 151-157). Positiv bruk av makt er å tilrettelegge slik pasienten trenger, og negativ makt er å ikke gjøre dette selv om sykepleier vet pasienten trenger tilrettelegging. Er ikke pasienten i stand til å kommunisere sine behov, kan pasienten oppleve en avmakt. Sykepleier kan bruke sin makt positivt til å hjelpe pasienten med å få uttrykt sine ønsker slik at sykepleier forstår pasientens behov. Velger sykepleier å ikke hjelpe pasienten med dette, utøver sykepleier negativ kommunikasjonsmakt (Ingstad, 2016, s. 158).

3.1.8 Tvang

Personer med demens som ikke er i stand til å selv bestemme sitt eget beste, kan få et vedtak om tvang. Sykepleier kan benytte seg av tvang for å gi pasienten nødvendig hjelp og pleie. I pasient- og brukerrettighetsloven sies det at tvang skal være siste utvei og sykepleier skal alltid tilrettelegge for at pasienten selv kan frivillig delta i den nødvendige helsehjelpen slik at det ikke blir nødvendig å bruke makt eller tvang. For at det skal kunne opprettes et vedtak om tvang må det være 3 faktorer til stede, «nr. 1 er at en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og nr. 2 helsehjelpen anses nødvendig, og nr. 3 tiltakene står i forhold til behovet for hjelp» (Moelven, 2019, s. 136). Hensikten med denne loven er å gi pasienten den nødvendige helsehjelpen, men samtidig bruke tvang i så liten grad som overhodet mulig (Moelven, 2019, s. 135).

3.1.9 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Noen relevante lover for min problemstilling er blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Pasient- og brukerrettighetsloven er relevant ettersom den sier noe om sykepleiers informasjonsplikt ovenfor pasienten og gjelder for alle pasienter i hele helsevesenet. I tillegg sier den noe om tvang som nevnt i kapittel 3.1.7 Tvang. Helsepersonelloven er relevant fordi den belyser hva som er god nok behandling av sykepleier ovenfor pasienter på sykehjem. Helse- og omsorgstjenesteloven er relevant ettersom den sier noe om hvordan sykepleiers plikt til å utøve faglig forsvarlig sykepleie og omsorgsfull behandling (Molven, 2019, s. 32)

I boken Sykepleie og Jus beskriver Molven (2019) at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie basert på respekten for det enkelte menneskers liv og iboende verdighet. All sykepleie skal baseres på kunnskap om barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Relevante retningslinjer for sykepleiers praksis sier at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Sykepleier skal også sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten og skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse, og retten til ikke å bli krenket (Molven, 2019, s. 71).

3.2 Forskningsresultater

I dette avsnittet presenteres resultater fra forskningsartiklene brukt til å besvare oppgaven.

Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain viste at det var hyppig forekomst av smerte blant personer med demens på langtids avdeling på sykehjem. Over 60% av pasientene med demens som hadde smerter, fikk regelmessig smertestillende. Flere pasienter hadde smerter tross regelmessig smertestillende, dette kan tyde på at pasientene ikke fikk tilstrekkelig smertelindring. Studien fant også støtte for at jo mer smerte pasientene opplevde, jo dårligere var livskvaliteten, og jo mer hjelp trengte de i

det daglige. Den tydelige assosiasjonen mellom økt smerte og lav livskvalitet, taler for viktigheten av grundige regelmessige smertekartlegginger av pasienter med demens. Dette for å bedre kunne avdekke smerter, som igjen vil kunne bedre livskvaliteten ved at disse smertene blir tilfredsstillende medisinert (Rostad et al., 2020).

Preventing the abuse of residents with dementia or alzheimers disease in the long-term care setting: a systematic review fant støtte for at utdanning og økt kunnskap samt

pleierens verdier er blant de viktigste faktorene som kan bidra til å senke misbruk mot pasienter med demens. Gjennom utdanning og økt kunnskap er det beskrevet at pleierne får økt forståelse for demens og hvordan sykdommen påvirker pasienten. Samt også økt forståelse for hvordan oppdage, unngå å utføre og hvordan rapportere misbruk av pasienter med demens. Pleierens verdier og holdninger rundt pasienter med demens var også beskrevet i artikkelen som en viktig faktor for å senke graden av misbruk på sykehjemmene. Her ble det trukket fram hvor viktig det er at pleierne hadde et positivt syn mot pasientene de pleide, samt at de var mentalt innstilt og forberedt på å pleie en potensielt krevende pasientgruppe. Artikkelen beskrev også sentrale faktorer som var assosiert med økt misbruk mot pasienter med demens. Her var blant annet mangelfull trening i hvordan å omgås og behandle pasienter med demens, og manglende forskning innenfor forholdet mellom demens og psykologiske og fysisk misbruk, blant faktorene beskrevet som mulige medvirkende årsaker til økt misbruk mot denne pasientgruppen (Mileski et al., 2019).

A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes beskriver hvordan utdanning

om demens og tvang skapte mer forståelse rundt dette blant pleierne, noe som resulterte i en mer bevisst bruk av tvangsmidler og oftere bruk av alternative handlemåter. I artikkelen ble det diskuterte hvordan kulturen blant personalet kunne påvirke sykepleiers bruk av tvang. Artikkelen presenterer resultater som tydet på at økt utdanning og fokus på holdninger og verdier kunne senke bruken av tvang ovenfor pasienter med demens (Jacobsen et al., 2017).

The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia

Beskriver at totalscoren på MOBID-2 er responsiv på reduksjon i smerte hos pasienter med demens. Dette taler for at MOBID-2 er et egnet verktøy for å kartlegge smerter hos pasienter over tid. Studien fant også at reduksjon i smertescore kan ha en assosiasjon til reduksjon i agitasjonsnivå hos pasienten, i tillegg kunne også økt smertescore være knyttet til økt agitasjonsnivå. Studien viste at aggresjonsatferd som klaging, negativitet, rastløshet og rastløs vandring kunne assosieres med smertescoren til pasienten. Ved smertebehandling som ga redusert smertescore var det også en reduksjon i denne atferden. Studien fant at smerte var et vanlig symptom hos sykehjemspasienter med demens, hvorav smerte ved bevegelse av kne og hofter var mest smertefullt. Studien belyste at det var svært vanskelig å kartlegge hvilken type smerte pasienten hadde. Studien fant også at MOBID-2 kunne ha mangler når det kom til smertekartlegging av hode, munn og nakke. For å evaluere behandling kan man på nytt smertekartlegge pasienten for å eventuelt bekrefte en reduksjon i smertescore, eller oppdage at behandlingen ikke var tilstrekkelig og at pasienten trenger bedre behandling. For å kunne gjøre denne nye vurderingen er det viktig at smertekartleggingsverktøyet er responsivt på å fange opp endringer i smertescore, noe MOBID-2 er. MOBID-2 til smertekartlegging av pasienter med demens, er et pålitelig og validert kartleggingsverktøy (Husebø et al., 2014).

Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the

perspective of nurses fant at sykepleiere med medfølelsesutmattelse selv opplevde å ha mindre medfølelse for pasienten, og det beskrives blant annet hvordan arbeidsbelastning kunne føre til at sykepleier utviklet medfølelsesutmattelse. Andre faktorer som økte sannsynligheten for at sykepleier utviklet medfølelsesutmattelse, var å jobbe med pasienter med et økende hjelpebehov, å jobbe med pasienter hvor lidelse var uunngåelig, og å jobbe med pasienter som kom til å dø mens de var pasienter. Pasienter med demens vil ofte ha et økende hjelpebehov, ha uunngåelig lidelse, og er pasientene på et sykehjem, vil de sannsynligvis dø mens de er pasient der. Studien fant også at sykepleier med medfølelsesutmattelse distanserte seg fra pasientens lidelse og ga mindre omsorg til pasienten. Videre beskriver studien at sykepleiere som ikke hadde de nødvendige ressursene for å kunne lindre pasientens smerte eller lidelse, hadde høyere risiko for å utvikle

medfølelsesutmattelse. En annen risikofaktor for utvikling av medfølelsesutmattelse hos sykepleier, var når sykepleier opplevde at annet helsepersonell ikke hjalp pasienten med å redusere deres lidelse. Studien viste også at medfølelsesutmattelse i noen tilfeller kunne føre til at sykepleier unngikk å ivareta pasienten. Studien fant at samme lidelse og smerte hos flere pasienter gjorde at sykepleier ikke hadde overskudd av medfølelse, noe som kunne føre til medfølelsesutmattelse (Pérez-García et al., 2020).

4 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen drøftes i lys av Orems egenomsorgsteori, for så å drøfte hvordan sykepleiers kunnskap om demens, smerte, MOBID-2, kommunikasjon, medfølelse, makt, tvang, lovverk og etikk, påvirker smertekartleggingen.

4.1 Orems egenomsorgsteori

I casen er ikke pasienten Per i stand til å utøve tilstrekkelig omsorg ovenfor seg selv, blant annet når det kommer til å dekke sitt behov for å bli smertelindret. Per er heller ikke i stand til å identifisere sine egne behov, forstå hvilke handlinger som må gjøres for å imøtekomme disse behovene, ei heller å utføre disse handlingene. Per har altså en form for egenomsorgssvikt da hans kapasitet ikke dekker hans behov (Kristoffersen, 2015, s. 234). I følge Orems egenomsorgsteori kan sykepleier sin omsorgskapasitet bidra til at pasientens omsorgsbehov blir møtt. En kan argumentere for at sykepleier i casen avskriver potensiell smerteatferd som atferd grunnet Per sin demens. Sykepleier har i så fall ikke dekket Per sitt omsorgsbehov. Har sykepleier rett i at Per ikke har smerter, kan man argumentere for at sykepleiers omsorgskapasitet dekker pasientens omsorgsbehov og en kan da si at sykepleier smertekartlegger Per i samråd med Orems egenomsorgsteori. En kan argumentere for at økt kunnskap hos sykepleier kunne bidratt til å øke hennes omsorgskapasitet som kunne gjort henne i bedre stand til å dekke Per sitt omsorgsbehov, slik at hennes smertekartlegging hadde vært i samråd med Orems egenomsorgsteori (Kristoffersen, 2015, s. 235).

4.2 Agitasjon og uro hos pasienter med demens

Sykepleier i casen tolker, som tidligere nevnt, at Per sin atferd skyldes hans demens og ikke smerter. Det er opp til sykepleier å vurdere pasientens smerteatferd ved smertekartlegging med MOBID-2. Atferd som agitasjon og uro er en vanlig form for smerteatferd hos pasienter med demens. En kan argumentere for at sykepleier distanserer seg fra Per sine smerter ved å tilegne denne atferden en annen årsak enn smerter, på den andre siden kan det være at sykepleier kjenner Per godt og vet at denne atferden ikke blir bedre ved smertelindring og faktisk skyldes hans demenssykdom (Häikiö, 2015, s. 23).

Likevel kan man argumentere for at smerteatferd ofte underrapporteres ved smertekartlegging av pasienter med demens, akkurat på grunn av dette. Det er derfor viktig å undersøke godt hva Per sin atferd faktisk skyldes. Går Per med uoppdagete smerter kan hans livskvalitet bli redusert og eventuelle smerter kan bli kroniske (Rostad et al., 2020). Sykepleier begrunner at hun ikke tror Per har smerter ettersom han ikke har noen fysiologiske tegn på smerte. Sykepleier kan ha rett i at Per ikke har smerter, men det kan virke som at sykepleier ikke er kjent med at eldre med akutte smerter ikke alltid får slike fysiologiske tegn. Dette er vanlig blant eldre, og er en av flere årsaker til at eldre opplever akutte smerter over tid uten at de blir behandlet, noe som kan føre til at de utvikler seg til kroniske smerter (Häikiö, 2015, s. 13).

Sykepleier har i kommentaren skrevet at per vandret, slik han pleier. Sykepleier har ikke beskrevet hva hun tenkte årsaken til endringen i Per sin atferd skyldtes. En kan argumentere for at utslag på guidede bevegelser ved bruk av MOBID-2 og endring i normal atferd i tillegg til økt atferd som agitasjon og uro, kan være tegn på at dette er smerteatferd og ikke atferd kun grunnet hans demens sykdom (Häikiö, 2015, s. 23). Hvorfor sykepleier ikke har fanget opp dette som mulig smerteatferd, kan ha flere årsaker. En mulig forklaring er det utbredte fenomenet medfølelsesutmattelse. Sykepleier er disponert for å utvikle medfølelsesutmattelse ettersom hun jobber med en pasientgruppe som har samme lidelse, noe som kan føre til at sykepleier kan gå «tom» for medfølelse, og dermed distansere seg fra pasientens lidelse og smerte (Pérez-Garía et al., 2020).

4.3 Medfølelsesutmattelse som årsak til uoppdaget smerteatferd

Blir sykepleier i denne casen påvirket av medfølelsesutmattelse, kan dette senke hennes evne til å oppdage og lindre pasientens smerte og lidelse. I studien av Pérez-Garía med flere, fra 2020, oppga flere sykepleiere med medfølelsesutmattelse at de distanserte seg fra pasientens smerte og lidelse, og som følge av dette ikke ivaretok pasienten slik de burde gjort. Uten å vite sikkert kan man tenke seg at sykepleier i casen distanserer seg fra pasientens smerteatferd ved å tolke dette som demensatferd, denne distanseringen kan

skyldes medfølelsesutmattelse hos sykepleier uten at vi sikkert kan vite dette (Pérez-Garía et al., 2020).

Årsakene til medfølelsesutmattelse er flere, en av årsakene kan være at sykepleier opplever å ikke ha de nødvendige ressursene for å kunne hjelpe pasienten. Sykepleiere som ikke har ressursene til å kartlegge smertene til en pasient med demens, kan oppleve avmakt og hjelpeløshet. På denne måten kan det tenkes at sykepleier kunne motvirket utviklingen av medfølelsesutmattelse ved å bruke MOBID-2. Ettersom sykepleier da ville hatt et godt og egnet verktøy for å oppdage pasientens smerter, og da kunne være i stand til å gjøre noe med denne smerten (Pérez-Garía et al., 2020).

På den ene siden kan man tenke seg at bruken av MOBID-2 fører til økt oppdagelse av smerte hos flere av pasientene på avdelingen sykepleier jobber. Å daglig jobbe med pasienter med smerter, er en annen årsak som kan føre til medfølelsesutmattelse. I tillegg til å oppdage mer smerte hos pasientene, har også flere sykepleiere oppgitt at bruk av MOBID-2 kan oppleves som økt arbeidsbelastning (Pérez-Garía et al., 2020). Høy arbeidsbelastning og høyt tidspress er en annen årsak til at sykepleiere utvikler medfølelsesutmattelse. På den andre siden vil ikke MOBID-2 ta mer enn 5-7 minutter å bruke, og sykepleier kan utføre kartleggingen under stellet og «slå to fluer i ett smekk». En kan også argumentere for at smerteatferd som uro og agitasjon hos pasienter som Per fører til økt arbeidsbelastning for sykepleier. Bruker sykepleier MOBID-2 og får kartlagt og oppdagget eventuelle smerter og behandlet disse, kan en tenke seg at MOBID-2 kan bidra med å redusere arbeidsbelastningen, og på denne måten motvirke utviklingen av medfølelsesutmattelse hos sykepleier (Pérez-Garía et al., 2020).

Ettersom sykepleier kan ha utviklet medfølelsesutmattelse av å se at pasienten ikke får nødvendig smertelindring, kan en argumentere for at implementering av MOBID-2 kan motvirke dette på grunnlag av at pasientens smerte, systematisk vil bli kartlagt og behandlet. En annen faktor for å utvikle medfølelsesutmattelse, er at sykepleier opplevde at annet helsepersonell ikke hjelper pasienten med å redusere deres lidelse. MOBID-2 kan motvirke dette ettersom alt helsepersonell med opplæring i MOBID-2 kan ta i bruk dette verktøyet (Pérez-Garía et al., 2020).

Å underrapportere smerte ved bruk av MOBID-2 er en form for maktmisbruk (Ingstad, 2016, s. 158). Pasienter med demens blir oftere utsatt for maktmisbruk og unødvendig bruk av tvang enn kognitivt friske pasienter. Utdanning og økt kunnskap kan motvirke misbruket av denne pasientgruppen (Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

4.4 Underrapportering av smerte som maktmisbruk

I relasjonen mellom sykepleier og Per, oppstår det en maktforskjell. Sykepleier har muligheten til å kartlegge og rapportere Per sine smerter slik at han kan få behandling for smertene. Sykepleier har makt og ressurser til å hjelpe Per. En kan argumentere for at det er positivt maktbruk når sykepleier tar i bruk MOBID-2 skjemaet, og at dette kan fungere som en motmakt mot Per sin avmakt (Ingstad, 2016, s. 162). På den andre siden kan man si at sykepleier utøver en form for maktmisbruk hvis hun avdekker smerte ved bruk av MOBID-2 skjemaet og bevisst velger å ikke gjøre noe med denne smerten (Ingstad, 2016, s. 162; Mileski et al., 2019). Et annet maktmiddel er kommunikasjon. Dette maktmiddelet kan sykepleier velge å bruke på en positiv måte slik at det gagnar pasienten og hans helse, eller på en negativ måte, noe som potensielt vil kunne være maktmisbruk (Ingstad, 2016, s. 162). Maktmisbruk og annet misbruk kan reduseres ved å gi sykepleier bedre utdanning og kunnskap om smerte og demens (Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

4.5 Kommunikasjon som maktmiddel

Sykepleier i casen velger å ikke kommunisere med Per ettersom hun mener han ikke kommunisere tilbake. Om der er til Per sitt beste å ikke bli kommunisert til, kan man argumentere for at dette er positiv maktbruk. På den andre siden står det i casen at Per er var for kroppsspråk, og det vil da være naturlig å argumentere for at sykepleier bør være bevisst på og tilrettelegge sin nonverbale kommunikasjon under smertekartleggingen. Om dette ble gjort eller ikke under smertekartleggingen, kan være vanskelig å si ettersom det ikke er beskrevet at hun har tilrettelagt sin nonverbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2012, s. 202).

Man kan si at MOBID-2 er en måte å systematiserer pasientens nonverbale og verbale kommunikasjon av smerter. En kan tenke seg at hvis sykepleier ikke tilrettelegger sin verbale

og nonverbale kommunikasjon, kan dette påvirke pasientens nonverbale og verbale kommunikasjon, som igjen vil kunne påvirke smertekartleggingen. Sykepleier kunne også brukt sin kommunikasjonsmakt positivt, ved å bruke få og tydelige ord under smertekartleggingen (Eide &Eide, 2012, s. 387).

Verbal og nonverbal kommunikasjon som ikke er tilpasset Per sitt nivå, kan bidra til økt agitasjon og uro, og vil da være en negativ form for maktbruk. En kan tenke seg at Per kunne hatt nytte av å bli kommunisert til og forklart hva som skjer, selv om han ikke er i stand til å kommunisere i stor grad tilbake (Eide &Eide, 2012, s. 384). Det kan også argumenteres for at Per faktisk kommuniserer mye under smertekartleggingen, både nonverbalt gjennom atferd og manglende atferd, og verbalt gjennom lyder. Det kan virke som at sykepleier ikke er bevisst denne formen for kommunikasjon fra Per, og at hun ikke bruker tid til å faktisk ta inn over seg hva Per kommuniserer. En kan argumentere for at økt kunnskap om kommunikasjon hos sykepleier kunne ført til bedre behandling av Per (Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

Sykepleier kunne også valgt å bruke mer tid på å observere og vurdere Pers ansiktsuttrykk, kroppsspråk, stemme og blikk, i den hensikt å få en bedre forståelse av Pers smerte og kommunikasjon (Eide &Eide, 2012, s. 202). Det kan være at sykepleier har manglende kunnskap om kommunikasjon med mennesker med demens og ikke er klar over at pasienter med demens kan ha behov for lengre tid enn andre når de skal kommunisere eller bli kommunisert til (Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

Kommunikasjon er viktig for at pasienten skal forstå hva som skjer under smertekartleggingen. Forstår ikke pasienten hva som skjer, kan pasienten oppleve at han blir tvunget til å gjøre bevegelser han ikke vil. I stedetfor å bruke makt til å åpne Per sine hender, kunne sykepleier prøvd å kommunisere tydelig til Per at han måtte åpne hendene sine. Når sykepleier åpner Per sine hender mot hans vilje, kan dette defineres som bruk av tvang (Moelven, 2019, s. 135-136; Ingstad, 2016, s. 151-157).

4.6 Bruk av tvang ved smertekartlegging

Pasienten har i denne casen ingen vedtak om tvang som vi får vite om, og vi må derfor gå utfra at han ikke har vedtak om tvang ved stell eller smertekartlegging. Hadde likevel pasienten hatt et vedtak om tvang til nødvendig helsehjelp, kunne sykepleier først forsøkt frivillighet og prøvd å unngå å bruke makt om dette ikke var strengt nødvendig. Hadde sykepleier tatt seg bedre tid, kommunisert bedre med pasienten, tilrettelagt smertekartleggingen utfra pasientens situasjon og forståelse, kunne sykepleier kanskje unngått bruk av tvang her (Moelven, 2019, s. 135). Samtidig kan man diskutere hvorvidt smertekartlegging bidrar til økt lidelse hos Per, da sykepleier må utføre guidede bevegelser som har til den hensikt å utløse smerte for at sykepleier kan observere smerteatferd (Husebø et al., 2014). På den andre siden kan man si at det er nødvendig å gjøre guidede bevegelser ettersom kroppen naturlig har en forsvarsmekanisme som jobber for å unngå smertefulle bevegelser, noe som kan gjøre dem vanskelig å oppdage uten slik smertekartlegging (Häikiö, 2015, s. 11; Husebø et al., 2014).

Hadde sykepleier utført smertekartleggingen under morgenstellet, ville flere av bevegelsene slik som å løfte armene over hodet ved påkledning vært naturlig, og sykepleier kunne da observert Per sin eventuelle smerteatferd samtidig (Husebø et al., 2014). På denne måten kunne sykepleier observert Per sin smerteatferd uten å utsette han for unødvendige lidelser (Sandvik, 2020). En kan argumentere for at sykepleier burde hatt mer kunnskap om hvordan hun kan bruke MOBID-2 i stell situasjoner slik det er tiltenkt. En vanlig barriere ved smertekartlegging ved bruk av MOBID-2 er at sykepleier opplever kartleggingen som en ekstra oppgave i en allerede hektisk hverdag. MOBID-2 er tiltenkt å utføres under morgenstell og vil da ikke medføre mye ekstraarbeid ettersom morgenstellet uansett må utføres. Mange sykepleiere har kunnskapsmangel når det kommer til smertekartlegging av pasienter med demens, samtidig som mange ikke selv er klar over denne kunnskapsmangelen. Kunnskapsmangel er en av flere barrierer som kan redusere kvaliteten på smertekartleggingen (Häikiö, 2015, s. 37; Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

4.7 Sykepleierens kunnskap om smertekartlegging av pasienter med demens

Ettersom sykepleier i casen har tatt i bruk MOBID-2 som smertekartleggingsverktøy, kan en tenke seg at sykepleier innehar en del kunnskap om smerte og demens. Kunnskap om demens og smerte kan motvirke unødvendig bruk av tvang om maktmisbruk (Häikiö, 2015, s. 37; Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

I studien av Mileski med flere fra 2019, fant forskerne grunnlag for at sykepleiers kunnskap og verdier, er en av de viktigste faktorene for å redusere maktmisbruk mot pasienter med demens. Tidligere i drøftingen er det nevnt at det kan virke som sykepleier ikke tolket pasientens atferd som smerteatferd. Forskning har vist at økt kunnskap kan bidra til økt forståelse for hvordan oppdage, unngå å utføre og hvordan rapportere misbruk av pasienter med demens. Sykepleiers verdier er ifølge denne forskningen essensielt. En kan diskutere om sykepleiers verdigrunnlag og kunnskap er tilstrekkelig ettersom hun bruker tvang uten å prøve frivillighet først. En tolkning av sykepleiers kommentar til smertekartleggingen, er at hun har en negativ holdning til pasienten. Forskning har vist at et positivt syn på pasienten med kunnskap om demens og smerter i tillegg til et bevisst forhold til egne verdier, kan bidra til redusert makt misbruk av pasientene (Mileski et al., 2019).

Sykepleiers kunnskap om lovverk kommer ikke frem i teksten, likevel kan en argumentere for at sykepleier ikke har nok kunnskap om lovverket eller ikke praktiserer kunnskapene i praksis ettersom hun blant annet ikke informerer pasienten om kartleggingen. Hun overholder altså ikke Pasient- og brukerrettighetsloven som sier at sykepleier har informasjonsplikt ovenfor pasienten og ikke skal utføre unødvendig bruk av tvang. En kan også argumentere for at sykepleier ikke overholder Helse- og omsorgstjenesteloven på bakgrunn av at hun brukte tvang unødvendig. Dette er ikke omsorgsfull behandling eller forsvarlig sykepleie (Molven, 2019, s. 32) Sykepleier har ikke bare et etisk ansvar, men også et faglig og personlig ansvar for sin kunnskap og hennes utøvelse av smertekartleggingen (Molven, 2019, s. 71).

En annen barriere for å ta i bruk smertekartleggingsverktøyet MOBID-2, er et høyt arbeidspress og tidspress, som gjør at sykepleier ikke ønsker å bruke tid på å

smertekartlegge pasienter ved bruk av MOBID-2. Sykepleier i casen har delvis overkommet denne barrieren ettersom hun har tatt seg tid til å bruke MOBID-2 i smertekartleggingen. Likevel kan det se ut som at sykepleier haster seg gjennom smertekartleggingen og ikke tar seg tid til å observere Pasientens smerteatferd. En kan tenke seg at om sykepleier har kunnskap om MOBID-2 kanskje kan redusere arbeidsmengden ved at smerteatferd som agitasjon og uro reduseres, kunne en kanskje tenkt seg at sykepleier hadde sett verdien av å ta seg tid til å observere Pasientens smerteatferd (Häikiö, 2015, s. 37; Häikiö, 2015, s. 37; (Mileski et al., 2019; Jacobsen et al., 2017).

4.8 Hva jeg har lært

I løpet av arbeidet med denne studien har jeg lært at akutte smerter ofte kan gi mer smerteatferd enn kroniske smerter og at eldre ofte ikke får de samme fysiske tegne på akutte smerter som yngre mennesker får. Videre har jeg tilegnet meg kunnskap om at atferd som agitasjon, uro, utagering og endring i normal atferd, kan være symptomer på smerter hos pasienter med demens. Gjennom dette arbeidet, har jeg forstått at mange sykepleiere tror de kan mer om smerter og demens enn det de faktisk kan og at kunnskap påvirker smertekartleggingen. Når det kommer til smertekartlegging har jeg lært at MOBID-2 har høy pålitelighet og at dette verktøyet kan brukes i stillesituasjoner for å utsette pasienten for minst mulig unødvendig lidelse. Når det kommer til kommunikasjon, har jeg forstått at man bør være tålmodig i kommunikasjon med pasienter med demens og gi dem god tid til å svare i tillegg til å bruke korte og enkle setninger. Videre har denne studien vist meg at medfølelse hos sykepleier kan utløse en respons og et ønske om å lindre pasientens lidelse og at sykepleiere med medfølelsesutmattelse, kan miste denne responsen og dermed gi pasienten dårligere behandling. Under arbeidet med denne studien har jeg også forstått at det mellom sykepleier og pasient kan oppstå et maktforhold, men at sykepleier kan bruke denne makten positivt. Jeg har også lært at pasienter med demens har høyere risiko for å bli utsatt for maktmisbruk og tvang, enn kognitivt friske pasienter. Jeg har fått økt kunnskaper om lovverk knyttet til sykepleier og pasient, og i tillegg blitt kjent med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie. Under arbeidet med denne studien har jeg oppdaget at utdanning og økt kunnskap, er en av de viktigste faktorene for å redusere misbruk av pasienter med demens.

4.9 Konklusjon

Oppsummert kan vi si at denne litteraturstudien beskriver hvordan sykepleiers kunnskap i stor grad påvirker smertekartleggingen av pasienter med demens ved bruk av MOBID-2. Sykepleiers kunnskap er blant annet helt essensielt for å se viktigheten av å bruke et tilrettelagt og reliabelt smertekartleggingsverktøy som MOBID-2. Kunnskapsnivået påvirker også sykepleiers evne til å forbedre og tilrettelegge kommunikasjonen til pasientens nivå og til å redusere unødvendig bruk av tvang, samt å redusere sjansen for maktmisbruk underveis i smertekartleggingen. Sykepleiers kunnskap har også en påvirkning på sykepleiers evne til å oppdage smerte ved bruk av MOBID-2, og på denne måten legge til rette for at pasientens lidelse kan reduseres.

Et ønske til videre forskning er at det blir utforsket om medfølelsesutmattelse kan påvirke sykepleiers evne til å kartlegge smerter hos pasienter med demens ved bruk av MOBID-2, om sykepleiere med medfølelsesutmattelse sjeldnere tar i bruk egnede smertekartleggingsverktøy som MOBID-2, og om de med medfølelsesutmattelse ubevisst underrapporterer smerte under sin bruk av MOBID-2. Sist, men ikke minst, kan det være interessant og viktig å forske på hvordan pasientene med demens selv opplever smerte.

Et personlig ønske er at utdanningsinstitusjoner som VID, ser viktigheten av å utdanne sine sykepleiestudenter i bruk av MOBID-2 og gi dem den nødvendige kunnskapen de trenger for å kunne smertekartlegge pasienter med demens på en god måte. I 2019 ga jeg skolen kontaktinformasjon til en sykepleier som kunne gjesteforeleser for sykepleiestudentene i bruk av MOBID-2, og i 2020 valgte jeg å sende inn forslag til revidering av utdanningsplanen ved fusjonen av Diakonova og Diakonhjemmet: Her utrykte jeg blant annet et ønske om å implementere bruken av MOBID-2 i sykepleierutdanningen. I 2021 skriver jeg denne bacheloroppgaven i håp om at den kan bidra til å belyse viktigheten av å utdanne sykepleierstudenter i smertekartlegging ved bruk av MOBID-2, samt å gi dem en bredere kunnskap om sammenhengen mellom demens og smerter. Alt i den hensikt å forberede sykepleierutdanningen slik at den i enda større grad kan forberede vordende sykepleiere på deres kommende yrke.

Litteraturliste

- Benestad, H. B. & Laake, P. (2008). *Forskning: Metode og planlegging*. I: Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (Red.), *Forskning i medisin og biofag*. Gyldendal Akademisk.
- Bjøro, K., & Torvik, K. (2014). *Smerte*. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- Dietrichs, E. (2017) *Nervrologiske sykdommer*. I Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O., & Toverud, K. C. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi* (3. utgave, s. 475-498). Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). *Sykepleie ved smerter*. I D. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 381-427). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Akademisk
- Ertesvåg, E. (2017, 8. juni). Den gamle damen døde på sykehjemmet. Etter hennes død fant personalet en lapp som formidlet et viktig budskap!. *Sosialnytt*.
<https://sosialnytt.com/gamle-damen-dode-pa-sykehjemmet-dod-fant-personalet-lapp-formidler-viktig-budskap/>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). *Demens*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 2011/99(13), 62-64
Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/11/far-bedre-smertebehandling>

Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. MEDLEX Norsk Helseinformasjon

Helsebiblioteket. (u.å.). *MOBID-2 – Mobilisation – observation – behaviour – intensity – dementia*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktøy/mobid-2-mobilisation-observation-behaviour-intensity-dementia>

Helsedirektoratet. (2019, 27. November). *Lindrende behandling til Personer med demens*. Demens – Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-Personer-med-demens>

Husebø, B. S. & Sandvik, R.K. N. M. (2011). Måler smerte hos Personer med demens. *Sykepleien* (2011/99(11)), 62-64. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/10/maler-smerte-hos-personer-med-demens>

Husebø, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 18(10), 1419–1430. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>

Ingstad, K. (2016). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal akademisk

Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. M., & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), (2015), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 207-280). Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., Sweeney, L., & McClay, R. (2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical Interventions in Aging*, 2019/14), 1797–1815. <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>

Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Ramos-Pichardo, J. D., Fernández- Leyva, A., & Ruiz-Fernández, M. D. (2020). Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 469–478. <https://doi.org/10.1111/inm.12807>

Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2020). Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain. *Sykepleien Forskning 2019/14*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/en/forskning/2020/03/characteristics-nursing-home-residents-late-stage-dementia-and-pain>

Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos Personer med demens. *Sykepleien* (2020/108). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2020/02/slik-vurderer-du-smerte-hos-Personer-med-demens>

Thidemann, I. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter*. Universitetsforlaget.

The World Medical Association. (2018, 9. juli). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>