

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: 110

Navn: Maria Bostad Borsethaug &
Charlotte Børresen

Smertekartlegging hos personer med demens i sykehjem.

Pain mapping to patients with dementia in nursing homes.

Dato: 19/5-16

Antall ord: 8884

Abstrakt.

Innledning: Det er antatt at ca. 80 % av de som bor på sykehjem i dag har nedsatt kognitiv funksjon. Ved økende alder øker også forekomsten av andre sykdommer, og flere av disse sykdommene gir smerte. **Hensikt:** Å belyse betydningen av å observere og kartlegge smerter hos personer med demens i sykehjem. **Metode:** En allmenn litteraturstudie som er basert på 12 forskningsartikler. Artiklene ble analysert og valgt ut for relevans for studien. **Resultat:** Forskningsartiklene baserer seg på pasientenes erfaringer og bruk av ulike smertekartleggingsverktøy. Resultatet viser at pasientene med kognitiv svikt rapporterer mindre om smerte, og får dermed ikke like ofte smertestillende som de som er kognitivt intakt. **Diskusjon:** Diskusjonen bygger på to deler. I resultatdiskusjonen har resultatet blitt diskutert opp mot relevant litteratur, som viser hvordan sykepleiere kan lokalisere smerte, håndtere medikamenter til pasienter med demens og vite hvordan pasientene uttrykker smerter. Metodediskusjon diskuterer oppgavens styrker og svakheter. **Konklusjon:** Litteraturstudien konkluderer med at en større andel av personer med demens er påvirket av smerte. Sykepleierens manglende kunnskap om smertestillende til eldre og mangel på legedekning i sykehjem er noen av årsakene til at personer med demens får mindre smertestillende. Studien konkluderer også med at personer med demens uttrykker smerter i form av blant annet uro, redsel og aggressivitet. Sykepleiere bør få bedre opplæring i medikamenter hos eldre personer med demens, og videre forskning på smertekartlegging hos denne gruppen er nødvendig.

Nøkkelord: Demens, smerte, smertekartlegging, kognitiv svikt, sykepleie

1.0 INNLEDNING	1
1.1 HENSIKT.....	3
2.0 METODE	4
2.1 INKLUDERING OG EKSKLUDERING	4
2.2 ETISKE OVERVEIELSER	4
2.3 DATAINNSAMLING	4
2.4 HÅNDSØK	5
2.5 ANALYSEPROSESSEN.....	6
3.0 RESULTAT	9
3.1 SMERTELOKALISERING	9
3.2 MEDIKAMENTELL SMERTELINDRING	10
3.3 KOGNITIV SVEKKELSE OG RAPPORTERING AV SMERTE	11
4.0 DISKUSJON	12
4.1 RESULTATDISKUSJON.....	12
4.1.1 SMERTELOKALISERING	12
4.1.2 MEDIKAMENTELL SMERTELINDRING	15
4.1.3 KOGNITIV SVEKKELSE OG RAPPORTERING AV SMERTE	18
4.2 METODEDISKUSJON	21
5.0 KONKLUSJON.....	23
6.0 LITTERATURLISTE	24
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØKESTRATEGIER	30
VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER	31
VEDLEGG 3: ANALYSE AV ARTIKLENE	36
VEDLEGG 4: MOBID-2	40
VEDLEGG 5: DOLOPLUS-2	41

1.0 Innledning

Forekomsten av eldre over 64 år øker i Norge, noe som resulterer i økt forekomst av demenssykdommer (Berentsen, 2013). Det er antatt at ca. 80 % av de som bor på sykehjem i dag har nedsatt kognitiv funksjon. Ved økende alder øker også forekomsten av andre sykdommer, og flere av disse sykdommene gir smerte (Berentsen, 2013).

Demens er en betegnelse på en rekke sykdommer som har til felles at de rammer hjernen og fører til kognitiv svikt. Demens kan deles inn i flere typer. 60 % av de med demens har Alzheimer, ca. 25-30 % har vaskulær demens, mens de gjenværende 25-30% har andre typer demens (Berentsen, 2013). I følge folkehelse rapporten fra 2014 var det ca. 70 000 i Norge med diagnosen demens. Antallet vil øke i årene som kommer på grunn av høyere gjennomsnittsalder og økende folketall (Tambs, Strand, & Skirbekk, 2014). Forekomsten for demens øker med stigende alder. Fra 65 år - 74 år er forekomsten 2-3%, 15% fra 75 år til 89 år, og fra 90 år og oppover er forekomsten 35% (Berentsen, 2013).

Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Redusert hukommelse er det viktigste kjennetegnet, og ofte det som skaper mistanken om demens (Engedal & Haugen, 2009). Ved kognitiv svikt kan personer med demens få problemer med å uttrykke seg verbalt, dermed blir kroppsspråket mer sentralt under kommunikasjon (Hummelvoll, 2014).

Sammen med fysiologiske aldersforandringer og polyfarmasi kan redusert kognitiv svikt med kommunikasjonsproblemer vanskeliggjøre smertekartlegging og medikamentell smertebehandling hos eldre (Torvik & Bjørø, 2014). Flere personer med demens klarer å formidle sine smerter tydelig med ord i sykdommens tidlige faser, men etter hvert som sykdommen utvikler seg svekkes den språklige kommunikasjonen i så stor grad at pasienten ikke lengre er i stand til å formidle sin smerte med ord. Med sviktende språkevne er det nødvendig å observere endringer i atferd som tegn på smerte (Torvik & Bjørø, 2014).

Smerte defineres av Helsedirektoratet (2015) som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som oppstår av en faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Det kan også ses på som en universell og en personlig opplevelse; universell fordi de fleste har en eller flere ganger opplevd smerte og personlig fordi bare den som opplever smerten kan beskrive den (Torvik et al., 2014).

Smerte oppstår når vev skades og det blir skilt ut kjemiske stoffer som stimulerer reseptorene på smerteførende nervefibrer. Dette gjør at sentralnervesystemet får beskjed om at det er fare på ferde i kroppen eller i det ytre miljøet. Dette er en viktig beskyttelsesmekanisme i kroppen. Vevscellene

skiller ut ulike stoffer som prostagladiner, hydrogenioner, kaliumioner, frie oksygenradikaler og histamin som er smerteframkallende stoffer. Kroppen sender også ut smertehemmende stoffer som egenproduserte opioider. Andre stoffer som også kan hemme smerten er serotonin og noradrenalin (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013).

Med akutte smerter menes smerter som er kortvarig, maks tre måneder. Kroniske smerter er smerter som varer over tre måneder (Stubhaug & Ljoså, 2008). Opp mot 50% av alle voksne pasienter har smerter, der 40% av disse har hatt smerter i mer enn tre måneder. Smerter er et betydelig helseproblem som øker ved alderen. Ulike europeiske studier viser at forekomsten av smerter blant eldre over 65 år varierer mellom 30 og 73% (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013).

Grunnlaget for god smertelindring dannes ved smertekartlegging (Torvik, 2013). For å kunne smertekartlegge en pasient er det viktig å vite om det er akutte eller kroniske smerter, eventuelt andre diagnoser (Torvik & Bjørø, 2008). For smertekartlegging av personer med demens finnes det ulike smertekartleggingsverktøy som Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) og DOLOPLUS-2. Begge er observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Kartleggingen blir hovedsakelig gjort av helsepersonell, og målt via deres observasjoner (Torvik, 2013).

MOBID-2 er et smertekartleggingsskjema. Det består av to deler der del en vurderer smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet, mens del to vurderer smerter fra indre organer, hode og hud. Etter registrering av smerteatferd blir det brukt en ti punkts numerisk vurderingsskala for å observere smerteintensitet (Husebø, 2009).

Hos smertekartleggingsskjemaet DOLOPLUS-2 består målingene av ti forskjellige observasjoner, som blir delt inn i tre subkategorier: fem somatiske (klager på smerte, smertelindrende stillinger, beskyttelse av smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn) , to psykomotoriske (stell og/eller påkledning og forflytning) og tre psykososiale (kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer). Hver observasjon blir målt i en skala fra 0-3, som blir til slutt summert til en score fra 0-30 sammenlagt. Forskjellen mellom smerte og ikke smerte, ble satt ved score fem på skalaen (Lefebvre-Chapiro, 2001).

Sykepleieteoretiker Ida J. Orlando har en interaksjonsteori som sier at sykepleiere skal lindre eller fjerne fysisk og psykisk ubehag, og å fremme velvære i her-og-nå situasjoner. Teorien omhandler pasienter preget av helsesvikt som gir en følelse av hjelpeløshet og fortvilelse, og er ikke i stand til å ta vare på seg selv (Kristoffersen, 2012).

1.1 Hensikt

Hensikten er å belyse betydningen av å observere og kartlegge smerter hos personer med demens i sykehjem.

2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte som skal fortelle oss hvordan vi bør gå frem for å skaffe ny kunnskap og et verktøy til å etterprøve kunnskapen. Den skal gi gode data og belyse en hensikt eller problemstilling på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012). Denne oppgaven er basert på en allmenn litteraturstudie som betyr at man beskriver og analyserer valgte forskningsartikler på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2013).

I bachelorgradoppgaven er det valgt å bruke et pasientperspektiv for å se på virkningen av de ulike verktøy for smertekartlegging. Oppgaven er basert på vitenskapelige artikler og andre publiserte kilder. Dette blir da et litteraturstudium.

2.1 Inkludering og ekskludering

Litteraturstudie tar utgangspunkt i gamle pasienter der gjennomsnittsalderen ligger på ca. 80 år. Inkluderingskriteriene for artiklene er at de gamle bor på sykehjem, og har moderat til langtkommen demens diagnose. Det ble også inkludert artikler der kognitive friske pasienter ble sammenlignet med de med kognitiv svikt. Artiklene som ble brukt i oppgaven er hovedsakelig ikke eldre enn 10 år, unntaket er tre artikler som ble utgitt i 2004 og 2005. Disse ble inkludert da de enda er relevante i dag, og funnene går igjen i de nyere artiklene. Det ble satt krav til at artiklene skulle være lett å forstå, dermed ble det funnet artikler som er skrevet på engelsk og norsk.

2.2 Etiske overveielser

I denne oppgaven er det viktig å tenke på etiske overveielser på grunn av at personer med demens er en sårbar gruppe. For at en person skal beholde samtykkekompetansen sin må personen være myndig og være i stand til å ta vare på sine interesser både fysisk og psykisk (Slettebø, 2014). Mange personer med demens har ikke lengre samtykkekompetanse og har vanskeligheter med å forstå og uttrykke hva som foregår rundt dem. Samtidig er det viktig å vite at man ikke kan foreta seg noe selv om pasienten har gitt uttrykk for samtykke tidligere. I likhet med alle andre kan pasienten også ombestemme seg. For å finne ut hva som er riktig for pasienten, er det viktig å bruke alle opplysningene man har om pasienten (Berentsen, 2013). Alle forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven er godkjent av etisk komite.

2.3 Datainnsamling

Datainnsamling består av å finne data som er relevant for oppgavens hensikt, og samtidig er pålitelige kilder (Dalland, 2012). I denne oppgaven er det valgt å søke etter relevante forskningsartikler i databasene Medline, Cinahl og Swemed+. Tre av forskningsartiklene har blitt funnet ved bruk av hånd søk i referanselistene til andre forskningsartikler. Søkeord som er brukt for å finne disse

forskningsartiklene er *dementia*, *pain measurements*, *nursing homes* og *Husebo B*. Det har blitt kryssset av for artikler med kriterier som: artikler fra 2010 til current, aged, humans, full text og abstract. I noen av søkene er det også haket av for artikler på dansk, svensk, norsk og engelsk.

Oversikt over søkestrategier (Vedlegg 1)

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline	2010-current Aged Humans Fulltext	Dementia and pain measurements and nursing homes and humans	17	17	3	2	2
Medline	Fulltext and aged and humans	Husebo BS and dementia	6	6	2	2	1

Utvalg 1: lest artiklenes tittel.

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt.

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet.

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering.

2.4 Håndsök

Gjennom håndsök går man igjennom litteraturlisten på valgte artikler for å finne andre artikler som kan være relevante for oppgaven. I denne oppgaven har det blitt funnet to artikler gjennom håndsök. Håndsök blir ifølge Polit & Beck kalt for snøballmetoden. En svakhet med denne metoden er at resultatene som blir funnet kan være begrenset til bare noen forfattere. Med bruk av denne metoden kan en finne artikler som har samme temaet som er valgt for oppgaven (Polit & Beck, 2012).

Database	Artikkel funnet i referanseliste	Søk	Antall treff	Antall inkludert
Medline	Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?	Søkt på tittel.	1	1
Medline	Pain behaviour and pain intensit in	Søkt på tittel	1	1

	older persons with severe dementia: reliability of the MOBID pain scale by video uptake			
--	---	--	--	--

2.5 Analyseprosessen

Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Ofte må en veksle mellom å se helheten av materialet eller deler av det. Man har selv ansvaret for å vurdere det kritisk (Dalland, 2012). 12 artikler ble funnet, og analysert. Det ble funnet meningsbærende enheter som ble satt i tabell (Vedlegg 3). De meningsbærende enhetene ble analysert og satt i forskjellige grupper som bli kalt Subkategorier. Subkategoriene ble begrenset ned til tre kategorier, som skal representere temaet og funnene til oppgaven.

Artikkel	Meningsbærende enhet	Subkategorier	Kategorier
"Pain in patients living in Norwegian nursing homes."	<p>2005-2006 på 7 sykehjem i Norge, til sammen 214 pasienter.</p> <p>Pasientene ble delt opp i to grupper: de som kunne kommunisere selv (SRG) og der sykepleier/pårørende kommuniserte gjennom observasjoner (PRG).</p> <p>Kartleggingsskjemaer som DOLOPLUS-2, Mini-mental status examination (MMSE), Activities of daily living (ADL) og Verbal rating state (VRS) ble brukt.</p> <p>Det ble gitt mer smertestillende til PRG-gruppen.</p> <p>Høyre kognitiv</p>	<p>Kognitiv funksjon for rapportering av smerte</p> <p>DOLOPLUS 2</p> <p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Bruk av smertestillende</p>	<p>Kognitivfunksjon</p> <p>Smertelokalisering med hjelp av smertekartleggingsverktøy.</p>

	funksjon betydde en høyere grad av rapportert smerte.		
"Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MOBID-2 pain scale in a clinical setting."	<p>77 pasienter med gjennomsnittsalder på 84 år. 79 % kvinner.</p> <p>Brukte kartleggingsverktøyene: MMSE, MOBID og MOBID-2. Sykepleierne skulle observere pasientene under mobilisering og dokumentere deres smerteadfærd.</p> <p>55% fikk smertestillende daglig, 23% fikk opioider.</p> <p>Mest smertefullt å mobilisere ben, og minst smertefullt var å mobilisere armer.</p> <p>Utfordrende med tanke på smerter fra hode, indre organer og hud.</p>	<p>MOBID-2</p> <p>Smerter ved mobilisering</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p> <p>Smertelindring avhenger av sykepleier</p> <p>Kartleggingsverktøy</p>	<p>Smertelindring før smertekartlegging</p> <p>Smertelokalisering med hjelp av smertekartleggingsverktøy.</p>

Oversikt over inkluderte artikler (Vedlegg 2)

Forfattere, tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barry, H.E., Parsons, C., Passmore, A.P. & Hughes, C.M. (2014) Pain in care home residents with dementia: an exploration of	Denne studiens hensikt var å se på smerteintensiteten blant sykehjemsbeboere med demens. For å undersøke variabler forbundet	Fokusgruppen var personer med demens som hadde bodd på sykehjemmet i 4 uker eller mer. Pasientene ble intervjuet igjennom 6	152 pasienter møtte kriteriene, 42 pasienter av dem deltok i studien. 16 sykepleiere var med og 35 pårørende	Fleste parten hadde moderat eller alvorlig grad av demens. Fleste parten av pasientene rapporterte om smertene sine, mens 26,2% ikke.	Kvantitativ studie. Godkjent av Etisk komite

<p>frequency, prescribing and relatives perspectives.</p> <p>Utgitt i International Journal of Geriatric Psychiatry i Irland</p>	<p>med smerte, for å utforske medisin bruk blant beboere og for å se på pårørendes syn på omsorg og behandling av deres slektninger på sykehjemmet .</p>	<p>seksjoner som samlet inn informasjon om medisinsk historie, nåværende medisiner og hvordan smerten var på dette tidspunktet. Pasientene ble også spurt om smertene på en helt gjennomsnittlig dag.</p>		<p>Non opioider var mest vanlig å finne på v/behov listen hos pasientene. Studien viste at de som brukte smertestillende og antipsykotika var flinkere til å rapportere om smertene.</p>	
<p>Closs, J.S., Barr, B. & Briggs, M.(2004) Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents</p> <p>Utgitt i British Journal of General practice i England</p>	<p>Denne studien gikk ut på å undersøke bruken av smertestillende til personer med kognitiv svikt i sykehjem.</p>	<p>Fokusgruppen var de som hadde bodd på sykehjemmet i 2 måneder eller mer men ble ekskludert om de var terminale eller syke.</p>	<p>406 pasienter som bodde ved de 15 største sykehjemmene i Leeds ble vurdert. 246 møtte kriteriene, 131 av disse kunne ikke gi samtykke og 2 døde. 113 stykk deltok.</p>	<p>De med moderat og alvorlig demens fikk sjeldnere smertestillende enn de med ingen til mild grad av demens. De med ingen til mild grad av demens brukte mer non opioider og opioider.</p>	<p>Kvantitativ studie Godkjent av Etisk komite</p>

3.0 Resultat

3.1 Smertelokalisering

Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er brukt i flere av forskningsartiklene som er funnet. Ved bruk av MOBID-2 ble det observert umiddelbar smerte hos pasienter i forbindelse med ulike bevegelser. Under disse bevegelsene viste pasientene grimaser etterfulgt av smertelyder som uttrykk på smerte, mens andre ble aggressive og prøvde å forsvare seg selv. Undersøkelsene gikk over 8 uker hos pasienter med moderat og alvorlig grad av demens. I disse studiene kommer det frem at pasientene hadde mest smerter i underekstremiteter, genitalier, hud og hender (Husebø, Ostelo & Strand, 2014, Sandvik et al., 2014, Husebø B.S., Strand, Moe-Nilssen, Husebø, S.B. & Ljunggren, 2009). Over 70% som var med i denne studien hadde en eller flere smertediagnoser (Husebø B.S., Strand, Moe-Nilssen, Husebø, S.B. & Ljunggren, 2009). I en annen forskningsartikkel skrevet av Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø og Ljunggren fra 2010 viste det seg at smerter fra hjerte-regionen, lunge og brystveggen ble minst observert og ikke ble regnet som veldig smertefullt hos pasienten. Her ble smertetegninger brukt for å lokalisere smerten, mest for bekken og kjønnsorganer, og minst for hud. Det ble også satt fokus på at smerte fra hode, indre organer og hud ble sjeldent observert, da helsepersonell på sykehjem ikke har kunnskap nok, eller autorisert til å undersøke disse områdene (Husebø B.S., Strand, Moe-Nilssen, Husebø S.B & Ljunggren, 2010)

Hølen et al. (2005) utfordret DOLOPLUS-2 kartleggingsverktøyet ved å sette inn eksperter for å vurdere smerte, parallelt som DOLOPLUS-2 ble brukt. Ekspertene vurderte smerten ut i fra informasjon fra journaler, sykepleiere og pasienten, og en klinisk undersøkelse. Ekspertene brukte skalaen Numerical rating scale (NRS-11), som gikk fra 0-10, der null ble vurdert som smertefri og ti som absolutt verste smerte. Ekspertenes vurderinger: seks pasienter hadde score over fire, 28 pasienter fikk scoren 1-3, mens 25 ble vurdert som smertefri. DOLOPLUS-2 vurderte 29 pasienter med en score over fem, og dermed trengte smertelindrende behandling. Av de 59 som ble vurdert hadde DOLOPLUS-2 laget falske negative hos ti pasienter. Det var også tilfeller der ekspertene hadde oppdaget smerte og DOLOPLUS-2 ikke. Alt i alt fikk DOLOPLUS-2 god tilbakemelding av sykepleierne, da det ga en pekepinn på viktige smertetegn. Det ble også satt fokus på viktigheten av å kjenne pasienten, slik at man ikke tar psykologiske trekk som smerte (Hølen et al., 2005).

I studien til Gran, Grov & Landmark (2013) ble det brukt et annet smertekartleggingsverktøy kalt present pain intensity (PPI). PPI kartlegger smertens intensitet og smertens lokalisasjon. Under studien kommer det frem at 46% av deltakerne hadde smerter på alle fem målingene som ble tatt. Under målingene ble det observert til sammen 17 forskjellige smertesteder på kroppen. 43% hadde smerter i underekstremitetene og 36% hadde smerter i ryggen. For å vurdere smerteintensitet ble det i kartleggingen delt opp i svake/moderate og sterke/intense/voldsomme smerter (Gran, Grov & Landmark, 2013).

Smerterelaterte diagnoser som kommer frem i studien til Monroe et al. var brudd, bryst smerter, leddgikt, migrene, rygg smerter, kreftrelaterte smerter, nevropati og pankreatitt (Monroe et al., 2014)

3.2 Medikamentell smertelindring

I flere av studiene kommer det frem at flere av pasientene med diagnosen demens fikk mindre smertestillende enn de som ikke er kognitivt svekket. Det kommer frem at smertestillende som opioider eller non opioider var mer sannsynlig å finne hos pasienter som ikke var kognitivt svekket. Medikamenter som Pinex, Paracetamol og NSAID ble kategorisert som non-opioider. Opioider var medikamenter som Pinex forte, Paralgin forte, Tramadol, OxyContin, Durogesic og Dolcontin (Gran, Grov & Landmark, 2013). Pasientene med mild til alvorlig grad av demens fikk sjeldnere administrert smertestillende legemidler. På opioider var forskjellen stor mellom gradene av kognitiv svikt; hos pasientene som ikke hadde noen kognitiv svikt fikk flertallet opioider, hos de med mild til alvorlig grad av kognitiv svikt var det et fåtall som fikk opioider utskrevet av lege (Closs, Barr & Briggs, 2004, Monroe et al., 2013, Nygaard & Jarland, 2005a).

Studien til Sandvik et al. (2014) viser at noen av pasientene i studien fikk bivirkninger som kvalme, utslett, redusert appetitt, somnolens og trøtthet relatert til smertebehandlingstiltak. De fleste av pasientene hadde Paracetamol, men få av de avsluttet studien med bivirkninger.

I Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen (2009) sin studie var det lite forskjell mellom gruppene når det kom til forskrevet medisiner. 28% av *self-reported group* (SRG) pasientene og 38% av *proxy-rated group* (PRG) pasientene hadde ikke noen smertestillende forskrevet til seg, selv om de rapporterte smerte. Den mest brukte typen smertestillende var Paracetamol. Pasientene fra sykehjemmet ble delt inn i to grupper, de som kunne kommunisere selv ble satt i gruppen SRG og de som ikke hadde verbalt språk, og ble observert av primærpsykepleier eller pårørende, ble satt i gruppen PRG (Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2009). I studien til Barry, Parsons, Passmore & Hughes (2014) kom det frem at deltakerne som brukte smertestillende medisiner og deltakere som gikk fast på antipsykotika, var mer sannsynlig å rapporterte om smerter enn de andre deltakerne ved studiets intervju (Barry, Parsons, Passmore & Hughes, 2014).

25% av deltakerne i studien til Gran, Grov og Landmark (2013) brukte både opioider og non-opioider som faste ordinasjoner. 20 av deltakerne som gikk på faste smertestillende og 21 deltakere som ikke gikk på faste smertestillende rapporterte om at de ikke hadde smerter ved bruk av PPI kartleggingsverktøy (Gran, Grov & Landmark, 2013).

3.3 Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte

I flere av forskningsartiklene kommer det frem at de som er kognitivt svekket rapporterer mindre om smertene sine til helsepersonellet ved sykehjemmet. Videre at de med kognitiv svekkelse uttrykker seg mer nonverbalt om smertene sine. Det viste seg at flere av pasientene hadde smerter hver dag (Horgas, Elliott & Marsiske, 2009, Monroe et al., 2013).

Forskningsartikkelen til Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen (2009) tar også for seg hvordan den kognitive funksjonen spiller inn på rapporteringen av smerte. I studien kom det fram at 48% av pasientene var moderat eller fullt avhengig av hjelp i dagliglivet. I gruppen av SRG-pasienter ble det rapportert smerte hos 51%, mens det kom frem at 67,5% i PRG var i smerte. Det var ingen betydelig forskjell mellom gruppene på hvilke smerterelaterte diagnoser som hadde en innvirkning på pasientene, med unntak av magesmerter, som var mer rapportert blant SRG-pasientene. Forskjellen mellom kognitiv funksjon og rapportering av smerte viste seg å ha en sammenheng. Høyre kognitiv funksjon betydde mer rapportering av smerte og dens intensitet.

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Smertelokalisering

Smertekartlegging er en sykepleierfunksjon. Siden smerte har en stor betydning for det gamle menneskets evne til å ta vare på seg selv, er det viktig at smertekartleggingen har et geriatrisk fokus. Med geriatrisk fokus menes det både informasjon om smerten og hvorfor den har oppstått hos pasienten. Det må også omhandle hvordan smerte virker inn på det gamle menneskets fysiske, kognitive og psykososiale funksjon (Torvik & Bjøro, 2014). Personer med demens i sykehjem er sårbare pasienter som ofte er utsatt for mangelfull smertekartlegging og behandling. Smertekartlegging av personer med demens er til tider utfordrende på grunn av at de ikke klarer å uttrykke sine smerter med ord lengre. Tidlig i en demenssykdom er mange i stand til å formidle smertene sine tydelig med ord, men etter hvert som sykdommen utvikler seg svekkes også den verbale kommunikasjonen. Når språket har svekket seg er det observasjon av adferd som kan kartlegge smerten hos pasienten (Torvik & Bjøro, 2014).

Ida J. Orlando er en av sykepleieteoretikerne som var med på å ta sykepleieprosessen i bruk. Sykepleieprosessen betegnes som en problemløsende metode som er benyttet av norske sykepleiere siden 1960-tallet. Sykepleieprosessen deles inn i fire faser. Datainnsamling, planlegging, handling og evaluering. I datainnsamlingen blir det innhentet opplysninger om pasienten, det blir også identifisert behovene til pasienten for å kunne lage tiltak. Etter dette blir det satt opp realistiske mål for pasienten og hvilke sykepleietiltak som kan hjelpe pasienten, dette går under planleggingen. Etter planleggingen gjennomfører sykepleier tiltakene som er satt opp og tilslutt vil det bli tatt en evaluering for å finne ut om tiltakene fungerte og om målene ble oppnådd (Dahl & Skaug, 2012).

I forskningsartiklene som tar for seg bruken av kartleggingsverktøyet MOBID-2 viser det seg at deltakerne i studien har smerter i hofter, kne, ankler, bekken, genitaliene, huden og armene (Husebø, Ostelo & Strand, 2014, Sandvik et al. 2014 & Husebø B. S., Strand, Moe-Nilssen, Husebø S.B. & Ljunggren, 2009). Når det kommer til smerterelaterte diagnoser, som forårsaker smertene oppgitt over, er brudd, leddgikt, migrene, rygg smerter, kreftrelaterte smerter, nevropati og pankreatitt de vanligste (Monore et al., 2014).

Forekomsten av sykdom er noe som øker med alderen. De største sykdomsgruppene hos de over 66 år er hjerte- og karsykdommer, skjelett- og muskelsykdommer og øye- og øresykdommer (Torvik & Bjøro, 2008). Sykdommer som er mest vanlig å ramme disse stedene kan være slitasjegikt i skjelett- og muskelsystemet, ulike kreftsykdommer og nevrologiske sykdommer, smerter etter ulykker og senfølger etter operasjon (Torvik & Bjøro, 2014). Kroniske plager i muskler og skjelett oppstår

hyppig; som artrose, revmatiske lidelser og osteoporose. Disse tilstandene utløser smerte ved bevegelse, som ofte vil resultere i reaksjoner som rop og utagering ved hjelp til dagligdagse aktiviteter (Rokstad, 2008c).

Smerter beskrives med forskjellige ord avhengig av hvor i kroppen de ligger. Smertene i muskel og skjelett har beskrivende ord som verkende, gnagende eller dunkende, smertene i indre organer kan beskrives med krampelignende, klemmende, stikkende eller borende, mens nevrologiske smerter beskrives som brennende, sviende eller som nummenhet (Torvik & Bjøro, 2014).

McGills Pain Questionnaire (McGills) tar for seg beskrivelsen av smerten. McGills er et hjelpemiddel som sier noe om smertens kvalitet. McGills skjemaet kombinerer verbal skala og numerisk skala for å greie å kartlegge smertens intensitet (Torvik & Bjøro, 2014). Smertekartleggingsskjemaet PPI er et skjema som er laget ut i fra McGills. PPI skjemaet er brukt i artikkelen til Gran, Grov & Landmark. Dette er et annet smertekartleggingsskjema som kartlegger smertens intensitet og smertens lokalisasjon. Skjemaet har en skala som er inndelt i seks og bruker adjektivene; ingen, svak, moderat, sterk, intens og voldsom smerte. I Norge er PPI brukt til sykehjemspasienter med kroniske smerter. I studien til Gran, Grov og Landmark ble det også brukt et kroppskart for å lokalisere hvor smerten lå da undersøkelsene ble gjort (Gran, Grov & Landmark, 2013). McGills og PPI smerteskjema er et smerteskjema som kanskje ikke vil fungerer så godt på personer med moderat og alvorlig demens. På grunn av at de ikke lengre klarer å uttrykke ord som stikkende, dunkende, verkende og lignende ord, og fordi de ikke lengre klarer å gjøre rede for hvor smerten befinner seg. Men det kan være et godt verktøy på grunn av at det gir et innblikk i hvilken smerte det er og hvor intens den er (Torvik & Bjøro, 2014).

Kartlegging og behandling av smerte hos gamle er vanskelig. Det er mange forhold det må tas hensyn til. Ved behandling men også ved planlegging og gjennomføring av smertekartleggingen. Målet med smertekartleggingen er å bedre livskvaliteten og funksjonsnivået ved å lindre smerten hos den enkelte gamle (Torvik & Bjøro, 2014). Sykepleieren er mye sammen med pasienten og har derfor en mulighet til å observere om smertekartleggingen fungerer. Smerte må kartlegges både i aktivitet og i hvile, da dette kan gi et innblikk i hvor smertene oppstår (Torvik, 2013).

Ut i fra funnene i forskningsartiklene kan sykepleier vite hvor smerten ofte er lokalisert hos eldre. Dette kan gjøre smertekartleggingen bedre fordi sykepleierne vet hvor på kroppen smerten kan foreligge. Observasjonsbasert smertekartleggingsskjema skal alltid vurderes opp mot kliniske observasjoner og tegn, og bare hvis pasienten ikke har verbalt språk (Torvik, 2013). Emosjonelle endringer kan komme som et resultat av hjerneskaden. Det kan oppstå symptomer som kan tolkes som depresjon uten at dette er tilfelle, som passivitet, initiativløshet og mimikkløshet. Mimikkløshet er en vanlig emosjonell endring etter en hjerneskade. Derfor skal en ikke bare tolke ansiktsuttrykkene til en person med demens under en smertekartlegging (Romsland, 2011). Smerte påvirkes av en rekke

forskjellige faktorer som for eksempel søvnproblemer, uro, stress, frykt og depresjon. Disse kan være med på å forverre smerteopplevelsen. En påvirkning kan gi forskjellig smerteopplevelse hos forskjellige personer, og graden av smerte kan variere fra en situasjon til en annen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013).

MOBID-2 og DOLOPLUS-2 er et bedre alternativ som smertekartleggingsverktøy hos pasienter med demens, da det er observasjonsbaserte kartleggingsskjemaer. DOLOPLUS-2 baserer seg på observasjoner gjort i forbindelse med endringer i adferden hos pasientene (Vedlegg 5). I Hølen et al. sin studie fra 2005, ble DOLOPLUS-2 testet ut parallelt med eksperters evaluering av smerte. Selv om DOLOPLUS-2 laget ti falske negative i forhold til ekspertene, ses den på som tilfredsstillende gyldighet. En studie Torvik et al. gjorde i 2010, viste økende forekomst av smerte ved bruk av DOLOPLUS-2 i forhold til subjektiv evaluering.

MOBID-2 brukes på en annen måte enn DOLOPLUS-2, med at den tar for seg smerte i forbindelse med ulike bevegelser. MOBID-2 har en ansiktsskala samt en visuell analog skala (VAS), som brukes for å lokalisere smerten. Samtidig skal man med MOBID-2 tolke styrken av smerten (Vedlegg 4). Dette gjøres ved å bruke en numerisk skala der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. MOBID-2 har flere forskjellige numeriske skalaer, som for eksempel skalaer som måler smerteintensiteten i hode, munn og hals, bryst, lunge og hjerte, mage, bekken og hud, infeksjon og sår. Det brukes også smertetegninger for å lokalisere smerten. Siden smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse, vil observasjonsbaserte kartleggingsskjemaer kun gi en begrenset vurdering av pasientens antatte smerte. Eneste mulighet for å få en full vurdering av smerte er ved selvrapporing (Torvik, 2013).

Ved smertekartlegging er det viktig å ha et godt samarbeid og god kommunikasjon med pasienten for at undersøkelsen skal la seg gjennomføre på best mulig vis. Kommunikasjon med personer med demens kan være vanskelig. For eksempel hos de med dårlig ordforråd må sykepleier skal starte en samtale ved å bruke pasientens navn og se om pasienten gir sykepleieren oppmerksomheten sin. Ved å snakke langsomt vil pasienten ha en bedre sjanse for å oppfatte og forstå det som blir sagt av gitt informasjon. Utagering og urolighet kan være et resultat på at pasienten har liten forståelse av det som har blitt sagt, og situasjonen blir sett på som skummel. Andre ting som kan gjøre smertekartleggingen vanskelig er apraksi og handlingssvikt. Apraksi gir manglende evne til å utføre praktiske handlinger selv om pasienten har full forståelse og førighet. Hvis en pasient har ideomotorisk apraksi vil ikke pasienten klare å utføre en motorisk aktivitet på kommando, men den kan oppstå spontant i en annen situasjon (Berntsen, 2013).

Når et smerteskjema er valgt er det viktig å bruke dette konsekvent, slik at sykepleier kan følge med smerteutviklingen over tid. Smertekartleggingsskjema brukes til å evaluere effekten av smertelindrende tiltak. Før smertekartleggingsskjemaet kan brukes må en tenke på pasientens

kognitive status. Smerte og smertebehandling kan ha en innvirkning på pasientens kognitive status, da smerter og medikamentell behandling kan forverre pasientens kognitive status. Det at eldre viser mer emosjonell og atferds forandringer under mobilisering kan være mer forbundet med endring av kognitiv funksjon enn smerte (Torvik, 2011).

Delir er en forvirringstilstand som ofte oppstår hos eldre som legges inn i sykehus. Tilstanden går også under navnet akutt forvirring. Vanlig årsak kan være en akutt sykdom, spesielt infeksjonssykdommer og tilstander som gir smerte (Spigset, 2013a). Akutt forvirring hos en pasient med demens er kanskje vanskelig å oppdage, derfor er det viktig at personalet ved sykehjemmet kjenner pasienten godt å kan si at dette ikke er en normal adferd for pasienten. Akutt forvirring kan være en av symptomene på smerte hos pasienten og derfor bør lege kontaktes for å finne ut om hva dette kan skyldes. En kjent infeksjonssykdom hos eldre som kan føre til smerter og akutt forvirring er for eksempel urinveisinfeksjon (Ranhoff, 2014).

4.1.2 Medikamentell smertelindring

I flere av studiene som er brukt viser det seg at pasienter med diagnosen demens fikk mindre smertestillende enn de uten demensdiagnosen (Closs, Barr & Briggs, 2004, Monroe et al., 2013, Nygaard & Jarland, 2005a). Det viser seg at pasienter med kognitiv svikt rapporterer mindre om sine smerter til sykepleiere (Torvik & Bjøro, 2014). I en tversnittstudie gjort av Nygaard & Jarland fra 2005a kom det frem at sykepleierens registrering av smerteproblemer hadde ofte sammenheng med om pasienten hadde en smerterelatert diagnose i journalen eller ikke. Dette trengte ikke nødvendigvis å stå i samsvar med det pasienten rapporterte selv. Dermed er det sannsynlig at sykepleieren påvirkes av dokumenterte diagnoser (Nygaard og Jarland, 2005a).

I de samme studiene kom det også frem at personer med moderat til alvorlig demens fikk sjeldnere resept og smertestillende (Closs, Barr & Briggs, 2004, Monroe et al., 2013, Nygaard & Jarland, 2005a). Ruths (2010) forteller at omfanget av antall sykehjemspasienter som får smertestillende kan ses i sammenheng med legedekningen på institusjonen. På grunn av den begrensede dekningen blir sykepleierne som kjenner pasienten godt viktige talspersoner for pasientene, og observatører i forhold til diagnostikk og behandling. Sykepleiernes observasjoner av symptomer og tegn vil over tid være relevant, spesielt hos personer med demens med nonverbal kommunikasjon. Viktigheten med å tilrettelegge slik at observasjonene ikke gjøres tilfeldig, men systematisk, for eksempel med hjelp av kartleggingsverktøy (Ruths, 2010).

Tiltak som kan lindre smerter hos den gamle pasienten kan være medikamentell behandling i samråd med lege (Torvik & Bjøro, 2014). Analgetika forordnet av legen skal sykepleieren administrere, observere virkning og bivirkning hos pasienten. Sykepleieren kommuniserer med legen kontinuerlig og formidler effekten av den forordnete behandlingen. Med dette blir den medisinske behandlingen

justert og individualisert. Når pasienten har smertestillende som kan gis ved behov, er det sykepleieren som avgjør om og når midlene skal gis (Torvik & Bjøro, 2014). Pasienter i sykehjem bruker i gjennomsnitt fem legemidler hver. Mange eldre bruker flere legemidler, polyfarmasi og dette øker faren for interaksjoner og uønskede effekter. Kognitiv svekkelse kan gjøre det vanskelig for pasienten å ta legemidlene til riktig tid og riktig mengde (Ranhoff & Børdahl, 2014). Dette krever at sykepleierne har et høy kompetanse og oppdatert kunnskap på legemidler. Manglende legemiddelkunnskap kan føre til alvorlige konsekvenser (Wannebo & Sagmo, 2013).

En studie gjort av Wannebo & Sagmo i 2013 viser at det er stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Sykepleierne som var med i undersøkelsen viste at det var et stort behov for kunnskap på flere av områdene. Det kom frem at sykepleierne ønsket mer kunnskap om ulike teorideler. 71% av de som var med oppga svaralternativet stort behov for teori om aldersfysiologiske forandringer. Det viste seg at de som var utdannet tidligst hadde større behov for kunnskaper om legemiddelhåndtering enn de som var nyere utdannet. 99% var enige om at opplæringsbehovet var stort og flere ønsket at kurs om legemiddelhåndtering burde være obligatorisk. Det kom også frem i studien at *"over halvparten var enig i at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/eller vanskelig å forstå"* (Wannebo & Sagmo s. 31, 2013). Dette kan tyde på at sykepleierne mangler god nok opplæring i bruk av Felleskatalogen.

Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen (2009) fant i sin artikkel at det var en ubetydelig forskjell på de med kognitiv svikt og de uten når det kom til forskrevete medisiner. Ruths (2010) forklarer at forsiktigheten av legemidler til eldre har en sammenheng med de fysiologiske forandringene som oppstår hos eldre, og faren for bivirkninger som følge av dette. En annen årsak til mindre bruk av smertestillende kan være sykehjems kulturen, "det som sitter i veggene", som er med på å påvirke de forskjellige behandlingsstrategiene av smertebehandling (Ruths, 2010). I motsetning til Ruths forklarer Smith (2010) at forsiktigheten ofte har sammenheng med sykepleierens erfaringer av smerte hos eldre. Smith forklarer at sykepleiere som ofte behandler smerte, er mer årvåken angående symptomene, og dermed handler raskere. Samtidig vil de handle raskere når pasienten har nådd et høyere smertenivå etter de har fått grensen av maksimum smertestillende. Sykepleiere som har denne egenskapen er sykepleiere som går inn for å observere smerte og erfarne sykepleiere med eventuell videreutdanning som for eksempel kreftsykepleiere (Smith, 2010).

Det er flere fysiologiske forandringer som skjer med kroppen som et resultat av normale aldringsprosesser. Munntørrehet kan føre til nedsatt eller manglende effekt av legemidler som løses opp i munnhulen på grunn av at det ikke lengre produseres nok spytt. Nedsatt peristaltikk kan føre til at tablettene setter seg fast på tur ned og gi skader i spiserøret. Ved nedsatt peristaltikk og munntørrehet er det viktig å alltid gi tablettene med mye vann og sørge for at pasienten er i sittendestilling slik at det er lettere å svelge tablettene (Spigset, 2013a).

En annen fysiologisk forandring som oppstår hos eldre personer er forandringene i leveren. Leverens evne til å bryte ned legemidler er ofte redusert hos eldre personer. Dette er på grunn av at det er nedsatt kapasitet i leverens enzymesystem og blodtilførselen til leveren kan være redusert, spesielt hos pasienter med hjertesvikt. Den viktigste fysiologiske forandringen er i nyrenes evne til å skille ut legemidler. Denne er ofte nedsatt hos eldre og det kan føre til en opphopning av legemidler i kroppen som gjør at pasienten kan bli dårligere enn hva pasienten faktisk er (Spigset, 2013a).

”Start low, go slow” er et begrep som brukes når det kommer til medikamenter til eldre. Hos eldre er det viktig å begynne med en lav dose og bruke god tid på å følge opp pasientene. Dosen økes langsomt til effekten blir optimal på grunn av de fysiologiske forandringene som skjer i kroppen ved normale aldringsprosesser (Spigset, 2013a).

Selv om pasientens legemiddeldose er tilpasset i forhold til aldere og er tilpasset lever- og nyrefunksjonen, vil bivirkninger oftere oppstå hos eldre enn hos yngre. Aldersforandringer på legemidlenes virkesteder kan føre til at legemidlenes effekt endres. Kroppens evne svekkes til å kompensere for ugunstige legemiddeleffekter med alderen. I studien til Sandvik et al. (2014) kom det frem at flere av pasientene fikk legemiddelbaserte bivirkninger som kan relateres til aldersforandringer (Sandvik et al., 2014). Legemiddelbaserte bivirkninger er årsaken til at ca. 10 % av eldre som legges inn på sykehus (Ruths, 2010).

Det er ikke bare de fysiologiske forandringene som gir andre effekter og bivirkninger hos personer med demens, men også endringene av i hjernen som oppstår ved sykdommen ved at hjernen blir mer sårbar. Endringene fører til at legemidler som Benzodiazepiner virker sterkere, mens legemidler som antidepressiva og antihistaminer forsterker den kognitive svikten. Legemiddelassosiert kognitiv svikt blir vanskeligere å oppdage hos personer med demens, da det kan ses på som en forverring av sykdommen i stedet for en bivirkning (Riise, 2006).

Med økende alder blir hjernen mer følsom for sterke smertestillende legemidler. På grunn av dette øker bivirkningsrisikoen for disse legemidlene, med blant annet tretthet og sedasjon som resultat (Spigset, 2013a). Kognitiv svikt og bruken av opioider hadde en sammenheng ifølge flere av artiklene. De som var kognitiv svekket fikk mindre opioider enn de som var kognitiv intakte (Closs, Barr & Briggs, 2004, Monroe et al., 2013, Nygaard & Jarland, 2005a). Hos personer med demens vil de organiske forandringer i hjernen gi en økt risiko for bivirkninger, spesielt på legemidler som påvirker sentralnervesystemet, som opioider. Demens påvirker også virkningen av opioider, ved at de gir en lavere effekt og virker saktere, og dermed øker faren for overmedisinering med disse legemidlene. Tålmodighet og forsiktig inntak blir nøkkelen til god behandling med disse legemidlene (Riise, 2006). Samtidig til de farmakologiske utfordringene kommer det etiske dilemma inn for vurderingen om personer med demens skal få opioider som smertestillende. De vanligste etiske dilemmaene er om medikamentell behandling er nødvendig og om pasienten selv ville ha ønsket dette (Ruths, 2010).

Opioider er alle smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. Paracetamol er vårt mest brukte analgetikum i Norge og er hyppig brukt hos eldre (Slørdal & Rygnestad, 2013). På grunn av omfordeling av kroppsvev vil distribusjonsvolumet øke og det tar lengre tid før fettløselige medikamenter begynner å virke. Vannløselige medikamenter vil på den andre side ha raskere utskillelse og kortere virketid (Ruths, 2010). Samtidig skal de fysiologiske forandringene tas hensyn til, da utskillelsen av Paracetamol er nedsatt, da eldre over 60 år har nedsatt nyre og leverfunksjon (Ranhoff & Børdahl, 2014). Dette gjør Paracetamol til et bra legemiddel hos eldre, siden det er vannløselig og dermed ikke hopper seg opp i kroppen (Ruths, 2010). Paracetamol vil på en annen side ha en annen virkning hos mennesker med demens. Da Paracetamol har en senere virkningstid og lavere effekt, slik som morfin. Dermed er sjansene for at det blir det hyppigere administrert enn det som er nødvendig. Samtidig er sjeldent at doseringen blir gjort ut i fra kroppsvekt, men i stedet blir gitt ut i fra en standard dose (Riise, 2006). Til tross for dette er Paracetamol fortsatt et bedre valg til smertestillende enn opioider, da det har en høyre utskillelse (Ruths, 2010). I studien til Sandvik et al. (2014) kom de frem til at Paracetamol ble det legemiddelet som ga minst bivirkninger, og til slutt ble det mest brukte smertestillendelegemiddelet etter endt studie.

Det finnes også flere ikke medikamentelle tiltak sykepleier kan sette i gang. Dette kan for eksempel være massasje for å fremme avslapning. Det er ikke all form for massasje sykepleier kan gjennomføre på grunn av at de ikke er kvalifiserte, men en enkel massasje kan sykepleier gjennomføre (Torvik & Bjørø, 2014). Musikkterapi er noe som er forsket på og har visst seg å fungere godt på personer med demens. Her er må sykepleier kjenne pasienten godt i forkant for å vite hvilken musikk sjanger pasienten liker. Musikken kan være med på å lindre smerte, men også være med på å få pasienten roligere og mer samarbeidsvillig. Dette er med på hjelpe den gamle til å mestre sin smerte slik at den gamle klarer å opprettholde selvstendig funksjon lengst mulig (Torvik & Bjørø, 2014).

4.1.3 Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte

Ida J. Orlandos interaksjonsteori har som mål å individualisere behandlingen til den enkelte pasienten (Wayne, 2014). Fordi hver person har sine sterke sider, interesser, preferanser og behov, vil et miljø som setter fokus på den individuelle pasienten være med på å legge grunnlaget for pasientsentrert omsorg. Det vil være til fordel for personer med demens da sykdommen rammer hvert individ forskjellig (Rokstad, 2008a). Dette vil i oppgavens betydning også bety at hver enkelt person reagerer forskjellig på smerter.

I studien til Hogras et al. (2009) og Monroe et al. (2013) kom det fram at de med en kognitiv svekkelse uttrykker seg mer nonverbalt om sine smerter, og dermed blir adferds forandringer viktige indikatorer på smerte. Rokstad (2008c) gir en god beskrivelse av hvilke atferdsmessige forandringer kan være tegn på smerte:

- Ansiktsuttrykk: pannerynking, trist eller skremt, rask blinking.
- Verbale uttrykk: støyende pusting, utrop, banning, bruk av grove ord.
- Bevegelse: uro, vimsing, økt vandring, vugging, endret ganglag eller holdning.
- Endring i kontakt med personalet: motsetter seg pleie, blir utagerende, trekker seg tilbake.
- Endring i aktivitetsmønster: nekter å spise, hviler lengre enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner eller aktivitet.
- Endring i mental status: økt forvirring, irritabilitet og gråt.

Flere av adferds forandringene over ses på som smerteindikatorer i flere av forskningsartiklene som har blitt benyttet. Et eksempel er Husebø et al. (2009) som sier at flere av pasientene lagde smertelyder og noen ble aggressive under mobilisering, noe som de tolket som smerte. Det er hensiktsmessig å vite at ikke alle adferdsforstyrrelser indikerer smerte, da 90 % av pasienter med demens blir rammet av atferds-forstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). I disse tilfellene er det mer gunstig å fjerne de psykiske symptomene før smertekartlegging for å skille mellom APSD og smerte. APSD er en stor belastning for pasienten selv, og pårørende (Piccininni, Di Carlo, Zaccara, & Inzitari, 2005). Vanskelig å fjerne APSD på grunn av livshistorien.

Forskjellige former for kroppslige ubehag kan også være årsaken til adferds forandringer i likhet med smerte. Ubekvemsomhet som sultfølelse og tørste kan føre til økt uro, mens urin- og avføringsproblemer kan føre til utagerende atferd. Søvnforstyrrelser kan også føre til problemer for pasienten og omgivelsene, da dette er en sentral rolle for hvordan personer med demens fungerer i dagliglivet (Rokstad, 2008c). DOLOPLUS-2 tar for seg søvnforstyrrelsene som en av de sentrale tegnene på smerte (Vedlegg 5). Endring i søvnmønsteret trenger ikke nødvendigvis forbundet med smerter hos personer med demens, men kan ha en årsak med hyppig urinlating, grubling og vanskelige tanker, legemiddelbruk og miljøfaktorer som ukjent sted og mennesker (Rokstad, 2008c).

Orlando sier at når pasientene ikke er i stand til å ta vare på sine egne behov, vil dette føre til en følelse av hjelpeløshet. Da er det nødvendig at sykepleieren er der for å hjelpe pasienten å uttrykke sine ønsker og behov, men dette er ikke mulig uten at det er en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier (Wayne, 2014). Rapportering av smerte og sammenhengen med kognitiv funksjon er en gjenganger i flere av forskningsartiklene i oppgaven, da personer med kognitiv svekkelse rapporterer mindre smerte enn de som er kognitiv intakt (Horgas, Elliott & Marsiske, 2009, Monroe et al., 2013). Som et annet fokus i teorien sin, setter Orlando fokus på at sykepleieren har et ansvar for å observere pasienten, gjennomføre tiltak og evaluere det etterpå, i hensikt med å hjelpe pasienten i en skremmende situasjon, og veilede ham igjennom (Wayne, 2014). Situasjoner med smerte kan føles skremmende for personer med demens da smertestimuleringen føles ukjent og uforklarlig (Rokstad, 2008c). Den nevrologiske

endringen hos personer med demens kan være med på å endre opplevelsen av smerte. Forandringer i hjernen kan være med på å både minske og øke intensiteten på smerten, avhengig av hvilken del av hjernen demens rammer (Torvik, 2011). Kognitiv funksjon og rapportering av magesmerter kan ses i sammenheng med at smerteopplevelsen endres, slik at personer med demens ikke klarer å uttrykke denne type smerte, noe som kom frem i artikkelen til Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen (2009).

Under ukjente situasjoner for pasienten er det viktig at sykepleier går inn for å finne årsaken sammen med pasienten selv, ved å utforske mulige årsaker. Igjen poengterer Orlando at man skal se på pasienten som et unikt individ som vil reagere på en individuell måte, slik at det ikke finnes noen fasit på hva som er rett og galt. Det viktige er å fremme helse i her-og-nå situasjonen, som vil bety og hjelpe personen med det som trengs akkurat nå og ikke frem i tid. Samtidig skal man kjenne pasienten, slik at all unormal atferd skal ses på som et rop om hjelp (Wayne, 2014). Fenomenet uro kan ses på som unormal atferd. Hummelvoll forklarer at det kan ses på meningsfylt kommunikasjon fra personer med demens sin side. Det kan bety det meste, men oftest er det uttrykk for smerter eller følelser man ikke klarer å uttrykke verbalt (Hummelvoll, 2014). Siden atferdsforstyrrelser ikke trenger å være et tegn på smerte, kan det være et tiltak å restriktivt prøve å behandle disse problemene med legemidler som antipsykotika eller benzodiazepiner. Disse skal rettes inn på pasientenes plagsomme symptomer, og ikke personalets ønske om fred og ro (Spigset, 2013b).

I Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen (2009) sin studie ble pasientene i proxy-rated group (PRG) observert av sykepleiere med god kjennskap til pasienten eller pårørende. For å kunne kartlegge atferdsforandringer må hjelperen ha økt kunnskap om demens, den enkelte pasienten og om oss selv som deltakere i kommunikasjonen (Wong-Henriksen, 2008). Holdninger har tre komponenter; følelser, adferd og kunnskap, og vises gjennom hvem sykepleierne er og hvilke valg de tar. Som nyutdannet går sykepleiere ofte ut med høye etiske idealer og prisverdige holdninger, noe de ofte mister etter noen år i arbeidslivet da de blir fanget i jobbens holdninger (Helgesen, 2011). Personalets holdninger til smerte er en viktig faktor for hvordan smerten blir observert og tolket. Endring av holdninger kommer ved økt kunnskap, og er en viktig faktor når det kommer til pasientsentrert omsorg (Rokstad, 2014). Selv om pasientene har språklige begrensninger gir de fleste et rent klinisk inntrykk av at de lenge opprettholder viljen og kapasiteten for mening. Personer med demens kan tenke i større grad enn de talespråklig kan gi uttrykk for. Dette gir en bedre muligheter for å oppnå meningsgivende samspill (Wong-Henriksen, 2008).

Helsepersonell har en større påvirkningskraft enn se selv aner, når vi snakker om observasjoner og samspillet hos personer med demens (Wong-Henriksen, 2008). Det som påvirker helsepersonellet mest er kulturen som institusjonen har (Rokstad, 2014). Kulturen på avdelingen deles inn i synlig- og usynlig kultur. Den synlige kulturen er avdelingens mål, retningslinjer og rutiner. Den usynlige kulturen

som består av intuisjonens normer og holdninger. Dette er vanskelig å oppdage og integrer seg i enkeltpersoner etter de har begynt å jobbe hos institusjonen (Orvik, 2015).

Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood har skrevet om det «å være en person» i en demenssykdom. Han tar et oppgjør med samfunnets tendens til å fjerne menneskets ferdigheter og personlighet når vedkommende viser kognitiv svekkelse, og man ikke lenger anerkjenner den personen som et unikt menneske. Personer med demens blir ofte sett på som ikke-personer, fordi de ikke lengre blir sett på som tenkende, intelligent individ med evne til å ta beslutninger og refleksjon. Helsepersonell er preget av samfunnets rådende meninger og holdninger ovenfor personer med demens. Selv om det har kommet mer informasjon om hvordan demenssykdommene påvirker hjernen er det uansett overraskende at personer med demens selv opplever funksjonssvikt og er reelle i det de forteller (Rokstad, 2008b).

For å bli den gode hjelperen til personer med demens må man lete etter den skjulte meningen i både handlinger og uttalelser hun eller han ikke forstår, og forutsetter at det er en mening bak det uforståelige (Wogn-Henriksen, 2008). Å kjenne til pasientens livshistorie er viktig i sykehjem, på grunn av at denne sier noe om menneskets livsløp og hvordan de har blitt til den de er. Sykepleiernes samarbeid med pårørende kan være til stor hjelp for å bli kjent med pasienten. Pårørende kan gi informasjon om pasientens livsløp, livshistorie, adferd, identitet, verdier, det sosiale nettverket, interesser og opplevelser (Fosslund & Thorsen, 2010). For at man skal kjenne pasienten bedre må hjelperen være villig til å oppnå en felles forståelse og ha en gjensidig kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008).

Det er også noen av pasientene som ikke vil huske tilbake på deres tidligere liv, derfor må sykepleierne være flinke til å la de leve i nåtiden og ikke minne de på de dårlige minnene (Fosslund & Thorsen, 2010)

4.2 Metodediskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse betydningen av å observere og kartlegge smerter av personer med demens i sykehjem. Metoden i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie og metoden for funnet av forskningsartiklene som er brukt i denne studien er beskrevet i metodekapittelet. Her er det både brukt databaser, i hovedsak Medline, og brukt håndsøk for å finne de to siste forskningsartiklene. I denne studien var det et krav om maksimum 10 000 ord og det skulle brukes 12-15 forskningsartikler. Her ble det valgt ut 12. Ut i fra hensikten ble det valgt søkeord opp mot den, og dermed artiklene. Dette kan ha vært med på å gjort studien selektiv. Artiklene ble begrenset ned til nøyaktig det temaet som ble valgt, og lite muligheter for andre synspunkt enn de som ble søkt etter. Som resultat av dette ble artiklenes innhold likt, og kunne finne de samme funnene i flere av artiklene.

11 av 12 artikler som er inkludert er skrevet på engelsk og oversatt til norsk under analyseringen av de. På grunn av manglende ferdigheter i oversettelse kan det ha oppstått misforståelser underveis på grunn av ukjent fagterminologi.

Tre av artiklene som er brukt er eldre enn 10 år. En i fra 2004 og to i fra 2005, disse ble allikevel inkludert fordi de var relevante for hensikten i oppgaven. Artikkelen fra 2004 tar for seg bruken av smertestillende til personer med kognitiv svikt i sykehjem. Artikkelen til Hølen et al. fra 2005 oversetter doloplus-2 fra Fransk til Norsk, og testet hvordan dette kartleggingsverktøyet fungerte i praksis. Den siste artikkelen fra 2005 skrevet av Nygaard og Jarland fant ut om pasienter med diagnosen demens fikk smertestillende og god nok oppfølging av sine smerter. Alle disse artiklene har vært svært relevant for å kunne besvare hensikten i denne litteraturstudien.

En svakhet i denne oppgaven kan være at det bare er valgt kvantitative studier. Dette kan gi et resultat som ikke går inn på pasientens forståelse, men for eksempel tall på hvor mange som pasienter som hadde smerter under undersøkelsene i studiene. Bruk av kvantitative studier gir et resultat på målbare data og gir en bred oversikt over hva som forskes på i de ulike studiene som er valgt. Kvantitative analyser kan påvise sammenhenger mellom ulike faktorer og finne ut hvor stor betydning de ulike faktorene har i forhold til hverandre (Field, 2005).

Artiklene som er valgt har en opprinnelse fra Norge, England, Irland og USA. Selv om noen av artiklene er fra andre land enn Norge, kan resultatene av artiklene være overførbare og relevante til bruk i norske sykehjem. Dette om det kan tenkes at helse- og utdanningspolitikken er annerledes i England, Irland og USA. At studien er basert på åtte norske artikler er dette mer relevant fordi det er den type praksis som brukes i norske sykehjem. Det som kan være negativt er at litteraturstudien blir forbundet med mange av de samme forfatterne av artiklene.

Husebø, Hølen og Torvik er forfattere som jobber med de valgte smertekartleggingskjemaene – MOBID-2 og DOLOPLUS-2, og dermed vil det ikke ble store forandringer i funnene av artiklene da verktøyene for kartleggingen er de samme. Samtidig kan det ses på et pluss da resultatene virker mer troverdig fordi det gir samme utslag hos flere av deres studier, og gir en kontinuitet. Det kommer frem under litteraturstudien at Torvik og Bjøro er forfatter av mye av pensumet som er valgt å bli brukt her. Dette kan være negativ da det kan oppstå bare en vinkling av temaet. Men samtidig positiv da både Torvik og Bjøro er ledende i dette temaet her til lands.

Styrker ved denne oppgaven er at dette er et relevant tema for dagsdato på grunn av som sykepleier møter man personer med demens nesten uansett hvor en jobber, enten det er i sykehjem eller på sykehus. Under sykepleieutdanningen er det ikke lagt stor vekt på dette med smertekartlegging hos personer med demens. Hensikten i denne studien vil da bli en styrke da den belyser viktigheten av å observere å kartlegge smerter hos personer med demens i sykehjem.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse betydningen av å observere og kartlegge smerter hos personer med demens i sykehjem.

Gjennom forskningsartiklene brukt i denne litteraturstudien ser viser deg seg at en større andel av personer med demens er smertepåvirket. Dette kan skyldes mangelen på selv rapportering blant personer med demens, og kunnskap om hvordan observere smertesymptomer blant sykepleiere. Ved riktig bruk av smertekartleggingsverktøy som MOBID-2 og DOLOPLUS-2, kan sykepleiere oppdage smerter oftere ved å bli oppmerksom på atferdsendringer som forbindes med smerte. Verktøyet DOLOPLUS-2s svakhet er at den ikke hjelper å lokalisere hvor smertene oppstår. Hos MOBID-2 kan sykepleierne observere ulike bevegelser for å se når og hvor smerten oppstår. PPI kartlegger smertens intensitet og i kombinasjon med McGills smerteskjema gir disse en indikasjon på hvor smerten befinner seg og hvor intens den er. For å bruke smertekartleggingsverktøy er det viktig å ha god kjennskap til pasienten for å skille mellom smerteadferd og adferd relatert til demens. Gjennom regelmessig og systematisk bruk av samme smertekartleggingsverktøy og nøye observasjoner kan sykepleiere oppdage og behandle smerten bedre. Videre forskning på smertekartlegging hos denne pasientgruppen er viktig for å heve kunnskapsnivået hos sykepleierne.

Sykepleiernes manglende kunnskap om smertestillende til eldre, samt mangelen på legedekning på sykehjemmet er en årsak til lav medikamentell smertelindring. En annen faktor som spiller inn er faren for bivirkninger som oppstår hyppigere ved aldersforandringer. Paracetamol blir sett på som det tryggeste legemiddelet til smertelindring. Sykepleierne bør fremme problemet til sine ledere og gjøre krav på bedre opplæring og kursing i bruk av smertestillende til eldre personer med demens.

Smerte kan for en person med demens være en skremmende opplevelse. Dermed blir det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å utrykke sine følelser. Folks holdninger til smerte er med på å påvirke hvordan smerten blir observert og tolket. En god måte å hjelpe personer med demens er å se etter den skjulte meningen i både handlinger og uttalelser. Denne gruppen betraktes ofte som ikke-personer og derfor kan de lett komme opp i situasjoner der de ikke blir hørt og forstått. Med mer kunnskap vil sykepleiernes holdninger endres, og dermed bli mere bevisst på hva pasientene har behov for. Ved å anerkjenne pasientene som et eget individ blir det lettere for sykepleiere å oppnå en felles forståelse og gjensidig kommunikasjon.

6.0 Litteraturliste

Barry, H. E., Parsons, C., Passmore, A. P. & Hughes, C. M. (2014). Pain in care home residents with dementia: An exploration of frequency, prescribing and relatives' perspectives, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30: s. 55-63.

Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie, Bind 1* (s. 355 – 395). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Closs, S. J., Barr, B. & Briggs, M. (2004). Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents, *British Journal of General Practice*, 54; s. 919-921.

Dahl, K. & Skaug, E-A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red), *Grunnleggende sykepleie, Bind 2* (s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). *Demens: En lærebok, fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og Helse.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using spss andy field..* London: SAGE Publications Ltd.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

Fossland, T. og Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Gran, S., V., Grov, E., K. og Landmark, B., T. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem. *Sykepleien*, nr3, 2013 (8), s. 220 – 230.

Helgesen, L. A. (2001). *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen: Symptomer og tilstander – smerte*. Hentet 17.mars 2016, fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon>

Horgas A., L., Elliott A., F. og Marsiske M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between Self – report and Behavioral Observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (1), s. 126 – 132.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens, *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 19, 2009(129.), s. 1996-1998.

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; s. 1419-1430.

Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S.B. & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23; s. 180-189.

Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S. B. & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization – Observation – Behaviour

– Intensity – Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24; s. 380-391.

Hølen J. C., Saltvedt I., Fayers P. M., Bjørnnes M., Stenseth G., Hval B., Filbet M., Loge J. H. og Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus – 2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot – validation in nursing home patients with cognitive impairment, *Palliative Medicine*, 19, s. 411 – 417.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, E. & Skaug E-A. (Red). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lefebvre-Chapiro (2001). The DOLOPLUS 2 scale - evaluating pain in the elderly. *European Journal Of Palliative Care*. 8:191–194.

Monroe, T. B., Misra, S. K., Habermann, R. C., Dietrich, M. S., Cowan, R. L. & Simmons, S. F. (2014). Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia, *Geriatric Gerontology International*, 14; s. 541-548.

Nygaard, H. A. & Jarland, M. (2005a). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20; s. 730-737.

Nygaard, H. A. & Jarand, H. (2005b). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 10, 2005(125.), 1349-1351.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Piccininni, M., Di Carlo, A. B., Zaccara, G. A. & Inzitari, D. C. (2005). Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease: Frequency and Relationship with Duration and Severity of the Disease. *Dement Geriatric Cognitiv Disorder* 19(5-6): 276-281.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams and Wilkins.

Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (akutt forvirring). I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (s.452-463). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A., H. & Børdahl, B. (2014). Eldre og legemidler. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (s. 184-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Riise, B. G. (2006). Polyfarmasi og demens. *Demens*, 10(1). Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2209>

Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens? I Rokstad, A., M., M. & Smebye, K., L. (red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 27 - 46). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008b). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 60 - 112). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008c). Utfordrende atferd. I Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 180 - 204). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2010). *Se hvem jeg er! Pasientsentrert omsorg ved demes*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Romsland, G. I. (2011). *Kognitiv svikt: Lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskade*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ruths, S. (2010). Praktisk legemiddelhåndtering i sykehjem. *Utposten*, 39, (nr. 5 - 2010.), 6-9.

Sandvik, R. K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A. & Husebo, B.S. (2014). Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial, *European Journal of Pain*, 18; s. 1490-1500.

Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (s. 212-224). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerter. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (s. 341-349). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Smith, C. (2010). *Researching older people's nursing: the gap between theory and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Spigset, O. (2013a). Eldre og legemidler. I Nordeng, H & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (s. 333 - 340). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spigset, O. (2013b). Legemidler ved psykiske sykdommer. I Nordeng, H & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (s. 217 - 234). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22 - 46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tambs, K., Strand, B. H. & Skirbekk, V. (2014). *Demens - Folkehelse rapporten 2014*. (Rapport 2014:4). Hentet fra

<http://www.fhi.no/artikler/?id=110544>

Torvik, K. (2011). *Pain and Quality of Life in patients living in nursing homes*. (Doktorgradsavhandling, NTNU), Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.

Torvik, K. (2013). *Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge* (2/2013). Hentet fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2013/rapport_2

Torvik, K., Hårstad L. K. L., Berdal, Å. B., Frønes, A., Strøm, E. O., Karlsaunet, M. H. G. & Torjuul, K. (2014). Kartlegger smerte. *Sykepleien* nr 3, 2014.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A., H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (s. 390 - 407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2008). Smerte hos eldre. I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes, *Palliative Medicine*, 23; 8-16.

Wannebo, W. & Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem, *Sykepleien*, 1(8) s. 26-34.

Wayne, G. (2014). Ida Jean Orlando's deliberative nursing process. Hentet 04.04.16 fra <http://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/>

Wong-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I Rokstad, A., M., M. & Smebye, K., L. (red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 87 - 112). Oslo: Akribe AS.

Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline	2010- current Aged Humans Full text	Dementia and pain measurement s and nursing homes and humans	17	17	3	2	2
Medline	Full text and aged and humans	Husebo BS and dementia	6	6	2	2	1
Medline		Husebo BS and dementia	19	19	1	1	1
Medline	abstracts and structured abstracts and "aged (80 and over)" and (danish or english or norwegian or swedish) and last 5 years	Dementia and Nursing homes and Pain Management / or Pain/ or Pain Measurement /	24	24	3	2	1
Medline		Dementia/Nursing homes/ Aged/ and pain manage/ and pain measurement	13	13	5	3	1
Cinahl	Reasearch article and linked full text	Dementia and pain measurement and nursing home	44	44	21	7	1
Swemed+	Les online	Smerte AND demens	14	14	11	5	3

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere, tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barry, H.E., Parsons, C., Passmore, A.P. & Hughes, C.M. (2014) Pain in care home residents with dementia: an exploration of frequency, prescribing and relatives perspectives. Utgitt i International Journal of Geriatric Psychiatry i Irland	Denne studiens hensikten var å se på smerteintensiteten blant sykehjems beboere med demens. For å undersøke variabler forbundet med smerte, for å utforske medisin bruk blant beboere og for å se på pårørendes syn på omsorg og behandling av deres slektninger på sykehjemmet.	<p>Fokusgruppen var personer med demens som hadde bodd på sykehjemmet i 4 uker eller mer.</p> <p>Pasientene ble intervjuet igjennom 6 seksjoner som samlet inn informasjon om medisinsk historie, nåværende medisiner og hvordan smerten var på dette tidspunktet. Pasientene ble også spurt om smertene på en helt gjennomsnittlig dag.</p>	152 pasienter møtte kriteriene, 42 pasienter av dem deltok i studien. 16 sykepleiere var med og 35 pårørende	<p>Fleste parten hadde moderat eller alvorlig grad av demens. Fleste parten av pasientene rapporterte om smertene sine, mens 26,2% ikke.</p> <p>Non opioider var mest vanlig å finne på v/behov listen hos pasientene. - Studien viste at de som brukte smertestillende og antipsykotika var flinkere til å rapportere om smertene.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
Closs, J.S., Barr, B. & Briggs, M. (2004) Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents Utgitt i British Journal of General practice i England	Denne studien gikk ut på å undersøke bruken av smertestillende til personer med kognitiv svikt i sykehjem.	Fokusgruppen var de som hadde bodd på sykehjemmet i 2 måneder eller mer men ble ekskludert om de var terminale eller syke.	406 pasienter som bodde ved de 15 største sykehjemmene i Leeds ble vurdert. 246 møtte kriteriene, 131 av disse kunne ikke gi samtykke og 2 døde. 113 stykk deltok.	<p>De med moderat og alvorlig demens fikk sjeldnere smertestillende enn de med ingen til mild grad av demens.</p> <p>De med ingen til mild grad av demens brukte mer non opioider og opioider.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
Gran, S.V., Grov, E.K. & Landmark, B. Th. (2013) Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre	Hensikten med studien var å beskrive smerteintensitet, lokalisasjon og behandling over tid ut fra et pasientperspektiv hos eldre.	<p>Kartleggings skjemaet present pain intensity (PPI) ble brukt.</p> <p>Samtykke kompetente</p> <p>Kartleggingen ble foretatt 5 ganger i</p>	Totalt 483 pasienter på de ulike avdelingen, 223 møtte kriteriene, 207 ønsket å delta. 204 ble inkludert, 3 stykk ble utelatt fordi en døde brått, en syntes	<p>46% hadde smerter ved alle 5 målingene.</p> <p>Det ble funnet 17 forskjellige smertesteder.</p> <p>Ingen smerter hos de som gikk på faste opioider og/eller non</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>

<p>pasienter i sykehjem</p> <p>Utgitt i Sykepleien forskning i Norge</p>		løpet av 14 dager.	det ble for skummelt og en fordi pårørende ikke ønsket at pasienten skulle være med.	opioider. PPI kartla smertens intensitet og smertens lokalisasjon.	
<p>Horgas, A.L., Elliott, A.F. & Marsiske, M. (2009)</p> <p>Pain Assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation.</p> <p>Utgitt i The American geriatrics society i USA</p>	Hensikten med denne studien var å se sammenhengen mellom selv rapportering og atferdsmessige indikatorer på smerte hos personer med demens og personer uten.		-158 ble vurdert om de kunne være med i studien. - 126 fullførte studien. Gjennom snittsalderen var 83 år.	85% hadde smerter hver dag. 65% hadde smerter i mer enn et år. 77,4% av de med kognitiv svekkelse hadde smerter hver dag. 95,3% av de uten en kognitiv svikt hadde smerter hver dag. Pasientene med demens gav uttrykk for smerter på en non verbal måte, og sa mindre i fra om de hadde smerter.	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
<p>Husebø, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R. Husebø, S.B. & Ljunggren, A.E. (2009)</p> <p>Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID pain scale by video uptake</p> <p>Utgitt i Scandinavian journal of caring sciences i Norge</p>	Hensikten med denne studien var undersøke smerteadfærdsindikatorer, bedømme smerteintensitet og den generelle MOBID smerteskaeren hos personer med moderat til alvorlig demens.	<p>Studien gjort i Bergen.</p> <p>Muntlig og skriftlig informasjon til pasient og pårørende. Smerte – kartlegging ved bruk av MOBID 2 skjemaet.</p> <p>Kriteriene for å være med i studien var: Over 65 år, alvorlig demens og hadde en pårørende.</p>	<p>26 pasienter ble inkludert.</p> <p>De hadde bodd på sykehjemmet i gjennomsnitt 34 måneder.</p>	<p>Mest smerter ved mobilisering av hender og ben.</p> <p>Observerte at pasientene hadde smerter ved å lese ansiktsuttrykk og nonverbale lyder. Noen av pasientene ble aggressive og prøvde og forsvare seg ved smerter.</p> <p>Alle pasientene utenom 1 som var med i studien fikk 1 eller flere medikamenter mot smerter etter resultatene i fra studien.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
<p>Husebø, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S.B. & Ljunggren, A.E. (2010)</p> <p>Pain in older</p>	Hensikten med denne studien var å undersøke MOBID-2 smerte skala sine psykometriske egenskaper. Hvordan den fungerte i bruk på personer med	Kriteriene for å være med var: måtte være over 65 år, alvorlig demens etter MMSE skalaen og måtte ha en pårørende som	77 pasienter var med i studien. Gjennomsnittsalderen var 84,1 %.	<p>55% fikk smertestillende daglig. 22% fikk i tillegg morfin.</p> <p>Mest smertefullt å mobilisere ben, og minst smertefullt å mobilisere</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>

<p>persons with severe dementia. Psychometric properties of the mobilization – observation – behaviour – intensity – dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting</p> <p>Utgitt i Scandinavian journal of caring sciences i Norge</p>	demens.	kjente pasienten godt.		<p>hendene.</p> <p>Smerte tegninger ble brukt mer enn 40%, mest for bekken og genetalia og minst for huden.</p> <p>Det var vanskelig og klare å observere smerter med tanke på hode, indre organer og hud, siden sykepleierne ikke hadde kompetanse til dette.</p>	
<p>Husebø, B.S., Ostelo, R. & Strand L.I. (2014)</p> <p>The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia.</p> <p>Utgitt i European journal of pain i Norge</p>	Hensikten med denne studien var å undersøke hvor pasientene hadde smerter og hvordan pasientene reagerte på umiddelbar smerte.	Deltakerne fikk skriftlig informasjon Godkjent av etisk komite	<p>163 deltakere. Gjennomsnitt alderen var på 87 år.</p> <p>Studien ble gjort i Norge mellom oktober 2009 og juni 2010. Undersøkelser over 8 uker.</p>	<p>Ble brukt veiledende bevegelser for å observere smerter hos pasienter med demens.</p> <p>Det kom frem at det var mest smerter i hofter, kne og ankler.</p>	<p>Kvantitativ studie. Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
<p>Hølen et al. (2005)</p> <p>The Norwegian doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment</p> <p>Utgitt i Palliative medicine i Norge</p>	Hensikten med denne studien var å oversette Doloplus-2 fra Fransk til Norsk. Og for å teste hvordan dette kartleggings verktøyet fungerte i praksis.		<p>59 pasienter med demens, 47 kvinner. Gjennomsnitt alderen var 82 år.</p> <p>Viktig å vite hvordan pasientens oppførsel og mønstre var, slik at man ikke tar psykologiske trekk som smerte.</p>	<p>Smerten ble vurdert av eksperter ut i fra informasjon fra journaler, informasjon fra sykepleiere og pasienten selv. De gjorde også en klinisk undersøkelse. Ekspertene vurderte 25 av pasientene smertefrie. Doloplus-2 vurderte pasienter som smertefrie der ekspertene hadde vurdert de som med smerter. Doloplus-2 fikk en positiv feedback.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>
<p>Monroe et al. (2013)</p> <p>Pain reports and</p>	Hensikten med denne studien var om diagnosen demens påvirket selv		104 pasienter ble vurdert til studien men bare 52 pasienter møtte	Deltakere uten demens var mest sannsynlig å ha opioider eller non opioider på medikament	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Godkjent av</p>

<p>pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia Utgitt i Geriatrics Gerontology i USA</p>	<p>rapportering og bruk av smertestillende i en gruppen av pasienter som kommuniserte verbalt og ikke non verbalt.</p>		<p>kriteriene. Inkluderte bare langtids pasienter.</p> <p>Det var med både personer uten demens og personer med et tidlig stadie av demens.</p>	<p>listen. 56% rapporterte smerter ved intervjuet. 67% rapporterte smerter hver dag. Deltakerne med demens var dåligere til å rapportere smerte enn de uten demens diagnosen.</p>	<p>etisk komite.</p>
<p>Nygaard, H.A. & Jarland, M. (2005) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? Utgitt i International journal of geriatric psychiatry i Norge</p>	<p>Hensikten til denne studien var å finne ut om pasienter med diagnosen demens fikk smertestillende. Og god nok oppfølging av sine smerter</p>	<p>Studien gjort i Norge.</p>	<p>125 pasienter ble inkludert i studien.</p>	<p>45% Fikk ikke smertestillende etter å ha rapportert om smerte. 36% uten demens og 31% med fikk smertestillende 49% hadde smerterelatertdiagnose.</p>	<p>Kvantitativ studie Godkjent av etisk komite</p>
<p>Sandvik et al. (2014) Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial Utgitt i European journal of pain i Norge</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se hvordan MOBID-2 fungerte. Og diagnostisere og behandle smerter hos personer med demens i sykehjem.</p>	<p>Kriterier for å være med i studien: må ha en demens diagnose, MMSE skår under 20 og pårørende måtte gi tillatelse til å deltakelse</p>	<p>420 pasienter ble vurdert der 352 ble inkludert og vurdert videre. Tilslutt ble det 327 som fikk være med videre.</p>	<p>Del 1 av MOBID-2 vurderer smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet.</p> <p>Del 2 vurderte smerter som kunne stamme fra hode, hud og indre organer. Over 70% hadde en eller flere smerte diagnoser.</p> <p>Ofte påvirket smerteområde var bekken, genitalier og huden.</p>	<p>Kvantitativ studie Godkjent av etisk komite</p>
<p>Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2009) Pain in patients living in Norwegian</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive smerter og se på bruken av smertestillende hos sykehjems pasienter.</p>	<p>Kriterier for å være med var: De hadde måtte være på sykehjemmet i over 1 uke, de måtte ikke ha en kort levetid igjen, de måtte være</p>	<p>Det var 307 pasienter i de 7 sykehjemmene som var med i studien. 93 ble ekskludert, 41 ville ikke være med, pårørende</p>	<p>60% av pasientene var i stand til å rapportere om smerte selv. Høyere kognitiv funksjon = høyere sannsynlighet å rapportere om smerte.</p>	<p>Kvantitativ studie Godkjent av etisk komite</p>

<p>nursing homes</p> <p>Utgitt i Palliative medicine i Norge</p>		<p>over 65 år.</p> <p>Doloplus-2 ble brukt i studien.</p>	<p>avslo hos 50 av de, 1 hadde vært på sykehjemmet i under 1 uke og 1 hadde kort levetid igjen.</p> <p>214 ble inkludert i studien.</p>		
--	--	---	---	--	--

Vedlegg 3: Analyse av artiklene

Artikkel	Meningsbærende enhet	Subkategorier	Kategorier
"Pain in patients living in Norwegian nursing homes."	<p>2005-2006 på 7 sykehjem i Norge, til sammen 214 pasienter.</p> <p>Pasientene ble delt opp i to grupper: de som kunne kommunisere selv (SRG) og der sykepleier/pårørende kommuniserte gjennom observasjoner (PRG).</p> <p>Kartleggingsskjemaer som DOLOPLUS-2, Mini-mental status examination (MMSE), Activities of daily living (ADL) og Verbal rating state (VRS) ble brukt.</p> <p>Det ble gitt mer smertestillende til PRG-gruppen.</p> <p>Høyre kognitiv funksjon betydde en høyere grad av rapportert smerte.</p>	<p>Kognitiv funksjon for rapportering av smerte</p> <p>DOLOPLUS 2</p> <p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Bruk av smertestillende</p>	<p>Smertelokalisering</p> <p>Medikamentell smertelindring</p> <p>Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte</p>
"Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MOBID-2 pain scale in a clinical setting."	<p>77 pasienter med gjennomsnittsalder på 84 år. 79 % kvinner.</p> <p>Brukte kartleggingsverktøyene: MMSE, MOBID og MOBID-2. Sykepleierne skulle observere pasientene under mobilisering og dokumentere deres smerteadfærd.</p> <p>55% fikk smertestillende daglig, 23% fikk opioider.</p> <p>Mest smertefullt å mobilisere ben, og minst smertefullt var å mobilisere armer.</p> <p>Utfordrende med tanke på smerter fra hode, indre organer og hud.</p>	<p>MOBID-2</p> <p>Smerter ved mobilisering</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p> <p>Smertelindring avhenger av sykepleier</p> <p>Kartleggingsverktøy</p>	<p>Smertelokalisering</p> <p>Medikamentell smertelindring</p>
"Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?"	<p>125 pasienter, 40 menn og 85 kvinner.</p> <p>49% hadde smerterealtert diagnose.</p> <p>Kartleggingsskjema: Abbreviated</p>	<p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Bruk av smertestillende</p> <p>Smertelindring avhenger av sykepleier</p>	<p>Smertelokalisering</p> <p>Medikamentell smertelindring</p>

	<p>mental test (AMT) og Barthel index (BI).</p> <p>45% ikk ikke smertestillende etter å har rapportert om smerte.</p> <p>Flertallet av de som fikk smertestillende var pasienter uten demens.</p> <p>Sykepleierens kunnskaper var avhengig for hvor me og hvem som fikk smertestillende.</p>		
<p>"The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients cognitive impairment."</p>	<p>59 pasienter med demens, der 47 var kvinner. Gjennomsnittsalder på 82 år.</p> <p>Ble gjennomført to forskjellige former for smertekartlegging. Den ene av eksperter, som tok utgangspunkt i kliniske undersøkelser, journal og informasjon. Og den andre gjennom DOLOPLUS-2.</p> <p>Andre kartleggingsverktøy var: MMSE, BI og ADL.</p> <p>DOLOPLUS-2 hadde ikke avslørt smerte der ekspertene hadde.</p> <p>Viktheten om å vite pasientens oppførsel og hverdagsmønster ble en viktig faktor, da smerte kunne misforstås med psykologiske trekk/reaksjoner.</p>	<p>Kartleggingsverktøy</p> <p>DOLOPLUS 2</p> <p>Smertelindring avhenger av sykepleier</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p>	<p>Smertelokalisering</p> <p>Medikamentell smertelindring</p>
<p>"Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents."</p>	<p>Opioider og ikke opioider. MMSE ble brukt for å kartlegge graden av demens hos deltakerne.</p> <p>De med moderat eller alvorlig demens fikk sjeldnere smertestillende.</p> <p>Høyere andel av de som var med i studien hadde ingen til mild grad av demens.</p>	<p>Bruk av smertestillende</p> <p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Non opioider og opioider</p> <p>Kognitiv funksjon og rapportering av smerte</p>	<p>Medikamentell smertelindring</p> <p>Smertelokalisering</p> <p>Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte</p>
<p>"Pain in care home residents with dementia: an exploration of frequency, prescribing and relatives"</p>	<p>Kriterier for å være med i studien var: hvis de hadde vært på sykehjemmet i 4 uker eller mer og hadde en demens diagnose. 42 deltakere var med i studien. Moderat eller</p>	<p>Bruk av smertestillende</p> <p>Non opioider og opioider</p> <p>Kognitiv funksjon og</p>	<p>Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte</p> <p>Medikamentell smertelindring</p>

<p>perspectives."</p>	<p>alvorlig grad av demens. Flesteparten rapporterte om smerter men 26,2% gjorde det ikke. Non opioider var mest vanlig hos beboerne ved behov. 81% gikk på hypnotiske og angstdempende medisiner. Analysen viste at de deltakerne som brukte smertestillende medikamenter og de som gikk på antipsykotika var mer sannsynlig å rapportere om smerter ved intervjuet.</p>	<p>rapportering av smerte</p>	
<p>"Pain reports and pain medication treatment in nursinghome residents with and without dementia."</p>	<p>Bare langtidspasienter ble inkludert. 52 deltakere. Gjennomsnittsalderen var på 84 år. Deltakerne uten demensdiagnosen var mest sannsynlig å ha opioider eller non opioider medikamenter enn de med demens. 56% rapporterte smerte ved intervjuet. 65% rapporterte at de hadde smerter hver dag. De men demens var dårligere til å rapportere om smerter til helsepersonellet. Og de hadde ofte smerter ved leggetid.</p>	<p>Kognitiv funksjon og dagliglivet Bruk av smertestillende Non opioider og opioider Kognitiv funksjon og rapportering av smerte</p>	<p>Medikamentell smertelindring Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte</p>
<p>"Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem."</p>	<p>Kvantitativ studie i fra sør Østlandet Norge. 483 deltakere. Gjennomsnittsalderen var på 84 år der den eldste var 104. Alle som var med i studien hadde samtykkekompetanse. Kartleggingsskjemaet present pain intensity ble brukt. Den lokaliserte smerten og dens intensitet. 46% hadde smerter ved alle 5 målingene. Det ble funnet 17 ulike smertesteder. Ingen smerter hos de som gikk på faste opioider og non opioider. Svake/moderate og sterke/intense/voldsomme smerter ble brukt i kartleggingen.</p>	<p>Bruk av smertestillende Non opioider og opioider Lokalisere smerten og dens intensitet Smerter ved mobilisering Kartleggingsverktøy</p>	<p>Medikamentell smertelindring Smertelokalisering</p>
<p>"Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: Reliability of the MOBID pain"</p>	<p>Studien foregikk i Bergen, gjennomsnittsalderen var på 87 år. 89% var damer. Alvorlig grad av demens. Mest smerte ved mobilisering av armer og</p>	<p>MOBID 2 Kartleggingsverktøy Økt smertelindring etter</p>	<p>Smertelokalisering Medikamentell smertelindring</p>

<p>scale by video uptake."</p>	<p>bein. Det ble smerteuttrykk i ansikt og smertelyder. Smertekartleggingen ble gjennomført med MODIB 2 skjemaet. Alle pasientene utenom 1 fikk 1 eller flere smertelindrende medikamenter etter studien.</p>	<p>studien</p> <p>Smerter ved mobilisering</p>	
<p>"Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observations."</p>	<p>126 deltakere, gjennomsnittsalderen var 83 år. 64 av deltakerne hadde ingen kognitiv svikt mens 62 var kognitivt svekket. Gjennomsnitt MMSE skår på 24. 86,5 hadde smerter hver dag. 65% hadde hatt smerter i mer enn 1 år. De med kognitiv svekkelse hadde mer nonverbal klaging og de sier mindre i fra om smertene sine.</p>	<p>Kognitiv funksjon og rapportering av smerte</p> <p>Smerte ved mobilisering</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p>	<p>Kognitiv svekkelse og rapportering av smerte</p> <p>Smertelokalisering</p>
<p>"Impact of a stepwise protocol for treating pain or pain intensity in nursing home patients with dementia."</p>	<p>De som skåret under 20 på MMSE testen fikk være med i studien. Moderat til alvorlig grad av demens. MOBID 2 ble brukt for å vurdere smerteintensiteten til deltakerne, samt lokalisere smerten. Ofte smerter i bekken, genitalier og hud. Del 1 vurderte smerter relatert til muskel- og skjelett systemet i forbindelse med standardiserte veiledet bevegelser under morgenstellet.</p> <p>Del 2 vurderte smerter som kan stamme fra indre organer, hode og hud. Etter registrering av smerteadferd ble det brukt en 10 punkts nummerings Vurderingsskala.</p>	<p>MOBID 2</p> <p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p>	<p>Smertelokalisering</p>
<p>"The MOBID-2 pain scale: Reliability with dementia."</p>	<p>Moderat til alvorlig grad av demens. Gjennomført i Norge, 163 deltakere. Gjennomsnittsalder på 87. Observasjon av umiddelbar smerte ved bevegelser. Mest smerter i hofter, kne og ankler. Undersøkelsene ble gjort over 8 uker.</p>	<p>MOBID 2</p> <p>Kartleggingsverktøy</p> <p>Lokalisere smerten og dens intensitet</p> <p>Smerter ved mobilisering</p>	<p>Smertelokalisering</p>

Vedlegg 4: MOBID-2

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Date: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Aa!»
Stønner
Yrker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Slår
Beskytter seg
Skryver fra seg
Endringer i pust
Krypser 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 DINE(O) OBSERVASJONER

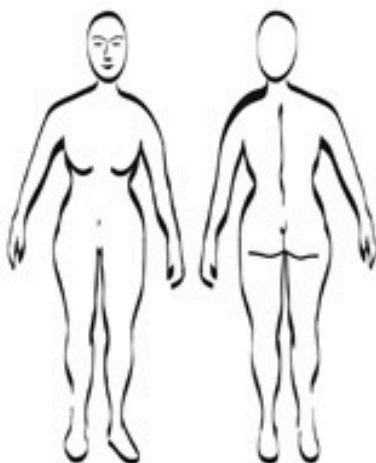
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<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 hofteredd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

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

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppsteiningen 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	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

Bertha Husabøllhoff jobb.no, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Vedlegg 5: DOLOPLUS-2

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