



Bachelorgradsoppgave

Smertelindring til pasienter med demens

Pain relief for patients with dementia

Smertelindring til pasienter i sykehjem med demens uten verbalt språk

Pain relief for nursing home residents with dementia without verbal language

Forfatter: Ida Aspnes Lesund

Ant ord: 9 739

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for Helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Sammendrag

Introduksjon: Det er omtrent 71000 personer med demens i Norge i dag. Det antas at dette tallet vil være fordoblet i år 2040. Disse tallene gjenspeiler framtidens utfordringer man står ovenfor i helsevesenet. Det rapporteres at omtrent 80 % av alle sykehjemspasienter har demens i Norge og av disse har 50 % smerter. Lindring og kartlegging av smerter er en kompleks sykepleieoppgave og spesielt utfordrende når pasienten ikke selv kan rapportere smertene. Det er utviklet flere observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som sykepleiere kan anvende i smertelindringen av pasienter. **Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere bedre kan utføre smertekartlegging og bidra til god smertelindring til sykehjemspasienter med demens og språkvansker. **Metode:** En allmenn litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler. **Resultat:** Funnene viser at pasienter med demens uten verbalt språk var utsatt for feilmedisinering fordi sykepleierne manglet kunnskaper om smertelindring. Manglende rutiner og retningslinjer førte til at smertelindrende tiltak ble tilfeldig foretatt. Det finnes smertekartleggingsverktøy, men disse anvendes svært lite i norske sykehjem. **Diskusjon:** Resultatene ble diskutert opp mot relevant litteratur og annen forskning. **Konklusjon:** For å kunne tolke pasientens non-verbale tegn på smerte spiller sykepleierens relasjoner, holdninger, kommunikasjonsferdigheter, empatiske evner og kunnskap om demenssykdommen en viktig rolle. Det er behov for utarbeiding av felles retningslinjer og implementering av smertekartleggingsverktøy i norske sykehjem.

Nøkkelord: demens, smerter, sykehjem, nonverbal kommunikasjon, smertelindring, smertekartlegging

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Hensikt.....	4
2.0	Metode	5
2.1	Litteraturstudie.....	5
2.2	Fremgangsmåte og datainnsamling	5
2.3	Inkluderings – og ekskluderingskriterier	8
2.4	Analyseprosessen	8
2.4.1	Tabell som viser eksempler på kategorier.....	9
2.5	Etiske overveielser.....	10
3.0	Resultat.....	11
3.1	Sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring.....	11
3.2	Sykepleiefaglige utfordringer ved smertelindring.....	12
3.3	Sykepleierens relasjoner har betydning for god smertelindring.....	13
3.4	Smertelindring ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy	13
4.0	Diskusjon	15
4.1	Resultatdiskusjon	15
4.1.1	Sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring.....	15
4.1.2	Sykepleiefaglige utfordringer ved smertelindring.....	19
4.1.3	Sykepleierens relasjoner har betydning for god smertelindring.....	21
4.1.4	Smertelindring ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy	24
4.2	Metodediskusjon.....	25
5.0	Konklusjon	27
6.0	Litteraturliste.....	28

Vedlegg nr 1: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg nr 2: Tabell for vurdering av forskningsartikler

Vedlegg nr 3: MOBID-2 smerteskala

Vedlegg nr 4: Doloplus – 2

1.0 Introduksjon

Det er omtrent 71 000 personer med en demenssykdom i Norge i dag (Brækhus, 2013). Risikoen for å få demens øker med alderen (Skovdahl & Berentsen, 2014). Fram mot år 2040 antas det at antallet personer med demens i Norge vil fordobles. Tallene gjenspeiler at vi står ovenfor store utfordringer i framtiden. I den forbindelse utviklet Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 «Demensplanen 2015» som skal sikre et verdig og godt tjenestetilbud. Hovedområdene til demensplanen er å styrke aktivitetstilbudet, tilrettelegge for utbygging av omsorgsboliger og sykehjem og å øke kunnskapen og kompetansen i omsorgtjenesten og i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Demens er en samlebetegnelse på ulike tilstander som rammer flere av hjernens kognitive funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2014). Samlet sett karakteriseres demens ved en økende grad av nevropsykiatriske symptomer og forverring av kognitiv og praktisk svikt (Rokstad, 2014). Det finnes flere forskjellige diagnostiske kriterier for demens. I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet for sykdommer ICD- 10, som er utviklet av verdens helseorganisasjon, WHO (Skovdahl & Berentsen, 2014). Vanlige kjennetegn ved demens er svikt i hukommelse, svekket evne til å forstå, tenke, lære nye ting, orientere seg, dømmekraft og språk. Demens fører også til svikt i emosjonell kontroll som kan føre til endret sosial atferd og personlighet (Bjørø & Torvik, 2008). Demens er en stor påkjenning for den som er rammet, familien og omgivelsene rundt (Brækhus, 2013).

Hovedårsaken til at eldre legges inn på sykehjem er demens (Husebo & Sandvik, 2011), og studier viser at omtrent 80 % av alle sykehjemspasienter i Norge har demens (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs & Selbæk, 2012).

Smerte er et vanlig helseproblem hos eldre mennesker, og risikoen for å få smertefulle sykdommer er økende med alderen (Torvik & Bjørø, 2014). Forskning viser at om lag 50 % av norske sykehjemspasienter har smerter (Nygaard & Jarland, 2005). En britisk studie viser at smerteforekomsten i sykehjem varierer fra 28% til 73% (British Geriatrics Society, 2013). Den internasjonale foreningen for smerteforskning, ISAP, definerer smerte som « *en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade*» (Helsebiblioteket, 2015). Smertesansen er en livsviktig sans da den beskytter kroppen mot skade (Aambø, 2007). Etter en skade er det blant annet smerten man opplever som fører til at det skadede stedet får ro til å leges (Galek & Gjertsen, 2011).

Det er vanlig at smerte deles inn i to typer, akutt og langvarig smerte. Akutt smerte oppstår vanligvis på grunn av vevsskade i forbindelse med kirurgiske inngrep, skade eller sykdom. Akutt smerte er kroppens beskyttelsesmekanisme som varsler at kroppen er utsatt for fare. Hos eldre mennesker kan autonome tegn som for eksempel økt blodtrykk, økt respirasjonsfrekvens og økt temperatur utbli. Langvarig smerte er smerte som vedvarer i tre måneder eller mer. Smerten kan skyldes en skade eller sykdom, og grunnen til at smerten vedvarer kan være at kroppens evne til tilheling ikke strekker til. Kroniske ryggsmarter er et eksempel på langvarig smerte (Torvik & Bjørø, 2014), og langvarig smerte har flere negative konsekvenser som isolasjon, depresjon, funksjonssvikt og inaktivitet (Galek & Gjertsen, 2011).

Smerte er en subjektiv opplevelse, og individet får et forhold til smerte gjennom erfaringer man har gjort seg tidligere i livet (Aambø, 2007; ISAP, 2014; Kaasa, 2007). I følge McCaffery (1968) eksisterer smerte når personen som opplever smerte sier at han har smerte. I følge McCaffery er det kun pasienten selv som kan beskrive opplevelsen av smerte. Personer med moderat til alvorlig demens kan ha vanskeligheter for å uttrykke sine behov (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008) og det kan være problematisk for disse å formidle smerteopplevelsen (Nygaard & Jarland, 2005).

Å kartlegge smerter hos pasienter er sykepleiers ansvar og en selvstendig sykepleiefunksjon. Smerte som ikke blir oppdaget eller behandlet kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten og føre til nedsatt livskvalitet (Torvik & Bjørø, 2014).

Smertelindring og kartlegging av smerteopplevelsen av eldre er en utfordrende og kompleks sykepleieoppgave fordi det ofte er mange forhold å ta hensyn til. Det er ingen selvfølge at eldre klarer å formidle at de har smerter (Torvik & Bjørø, 2014). Pasienter med langkommet demens er ofte ikke i stand til å verbalt uttrykke at de har smerter. Årsaken til dette er redusert hukommelse, manglende refleksjonsevne og svekket språkbeherskelse (Husebo, 2009). For at sykepleier skal klare å identifisere smerten til pasienter med svekket språkevne er det nødvendig å observere atferden som et tegn på smerte. Sykepleiere kan bruke observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy i arbeidet med å identifisere og lindre smerten til pasienten (Torvik & Bjørø, 2014).

Det finnes flere forskjellige skjemaer for å kartlegge pasientens smerte på. En ønsker hovedsakelig å kartlegge smerter ved bruk av selvrapporing. Det kan gjøres gjennom en numerisk eller en verbal skala. I Norge er VRS og NRS mest brukt (Torvik & Bjørø, 2014). Studier viser at enkelte pasienter kan rapportere smerte selv om de har en alvorlig grad av kognitiv svikt (Closs, Barr, Briggs, Cash & Seers, 2004). Derfor bør det alltid prøves ut selvrapporing først. For pasienter som ikke er i stand til å rapportere smertene sine selv har forskere i Norge utviklet to observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som er validert og utprøvd i klinisk praksis (Torvik & Bjørø, 2014).

MOBID er en forkortelse på Mobilization – Observation – Behavior – Intensity – Dementia Pain Scale. Utgangspunktet er at mennesker som har vondt lager lyd, skjærer grimaser eller beskytter seg. Kartleggingsverktøyet er utviklet for at sykepleiere skal bruke det i stellesituasjonen med pasienten. Under stellet skal sykepleier observere ansiktsuttrykk når hun guider pasienten gjennom ulike bevegelser som mobiliserer pasienten. Eksempler på øvelser er bøyning og strekking av armer og ben, og snuing av pasienten fra side til side. Under utførelse av disse øvelsene skal sykepleier vurdere smerteintensiteten til pasienten fra 0 til 10. MOBID er utviklet for å teste smerte i bevegelse, da smerte ofte fører til at man unngår bevegelse og beskytter den vonde kroppsdelene. MOBID smertekartleggingsverktøy passer til kartlegging av muskel- og skjelettrelaterte smerter (Galek & Gjertsen, 2011).

Kartleggingsverktøyet Doloplus -2 ble i utgangspunktet utarbeidet for å kartlegge smerter hos barn. I senere tid er det videreutviklet for å kartlegge smerte hos eldre med kognitiv svekkelse. Doloplus-2 er et observasjonsbasert skjema som består av ti punkter med tre hovedområder. Skjemaet tar for seg somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer. De somatiske plagene observeres via ansiktsuttrykk, forstyrret søvn, beskyttelse av kroppen og såre områder. De psykomotoriske endringene observeres via nedsatt funksjon ved stell og forflytning. Psykososiale reaksjoner observeres via endring i atferd, kommunikasjon og sosialt liv. Total skår på skjemaet er fra 0-30. Observatøren skårer fra 0-3 på de punktene som er relevant for pasienten og en skår på over 5 indikerer smerte og bør utredes videre (Galek & Gjertsen, 2011).

Ved alvorlig demens er den kognitive svikten av en så alvorlig grad at pasienten er helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre til å utføre gjøremål. Språket er svekket og forenklet til det helt elementære, og for noen forsvinner språket helt, og da både evnen til å forstå og uttrykke seg (Skovdahl & Berentsen, 2014). I følge Kongsgaard et al. (2008) er ikke sykepleiere og annet helsepersonell gode nok til å gjenkjenne tegn på smerte til denne pasientgruppen. Dette fører til underbehandling av smertene som igjen kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten. I følge «Demensplanen 2015» skal det settes i gang flere tiltak for å styrke kompetanse og kunnskap hos sykepleierne om demens. Dette synes nødvendig for å være klar til å møte framtidens utfordringer helsetjenesten står ovenfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1 Hensikt

På grunn av forventet økende antall eldre med demens, og dermed et økende behov for kunnskap om smertelindring og smertekartlegging hos sykepleiere i relasjon til denne pasientgruppen, er *hensikten med dette litteraturstudiet å belyse hvordan sykepleiere bedre kan utføre smertekartlegging og bidra til god smertelindring til sykehjemspasienter med demens og språkvansker.*

2.0 Metode

En metode kan beskrives som en fremgangsmåte eller et middel som bidrar til å løse problemer, komme frem til ny kunnskap eller etterprøve påstander som fremstilles som sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2014).

2.1 Litteraturstudie

Denne studien er en allmenn litteraturstudie der hensikten er å beskrive kunnskap innenfor et avgrenset område. En allmenn litteraturstudie kan beskrives som en litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier på en kritisk og systematisk måte (Forsberg & Wengstrom, 2014; Polit & Beck, 2012). Forskingen som blir presentert i en allmenn litteraturstudie bør komme fra artikler av god kvalitet, slik at det kan gi et riktig og nyansert bilde av det valgte området (Forsberg & Wengstrom, 2014).

2.2 Fremgangsmåte og datainnsamling

Tema ble valgt på grunn av fagets interesse og relevansen temaet har for utførelsen av sykepleiefaget.

I denne litteraturstudien ble det gjennomført søk etter artikler i flere forskjellige anerkjente databaser og med ulike kombinasjoner av søkeord. Databasene som ble anvendt i denne studien er Medline og SweMed+. I følge Polit og Beck (2012) er Medline en av de viktigste databasene når det kommer til sykepleieforskning. Søkene ble primært gjort gjennom Medline for å få flest treff på relevante artikler.

I følge Forsberg og Wengstrom (2014) handler «kunsten» om å søke etter fakta i databaser om å bruke rett søkeord, avgjøre hvilken tidsperiode artiklene skal være fra, hvilket språk og hvilken type studie man søker etter. Det er ut i fra hensikten kriteriene for søket blir bestemt. I begynnelsen av søket ble det gjort brede søk uten avgrensninger for å få en oversikt over forskningen innenfor fagfeltet. Den innledende litteratursøkingen har som mål å gi en oversikt over litteratur som allerede finnes om det aktuelle temaet (Dalland, 2014). Etter hensikten var utarbeidet ble det brukt søkeord som belyste hensikten til studiet for å finne relevante forskningsartikler. Søket ble videre avgrenset etter valgte kriterier. Inkludering av søkeordene «dementia» og «pain» var fellesnevner for alle søk. Det ble brukt «meshtermer» som søkeord kombinert med AND og OR for å få ytterligere relevante treff (Forsberg & Wengstrom, 2014).

Søkene som ble utført er beskrevet i tabellen nedenfor. Forskningsartikkelen «Pain- Assesment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid- Norway» ble anbefalt og utgitt av veileder.

Denne artikkelen er ikke per dags dato publisert, men godkjent for publisering og det antas at den blir publisert i Pain Management Nursing.

Utvalg 1: lest artiklens tittel

Utvalg 2: lest artiklens sammendrag

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen er valgt ut for granskning og vurdering

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 19.01.15	Full text Abstracts All aged 65 and over Danish, English, Norwegian og Swedish.	Pain AND Dementia	201	201	15	6	1
Medline 19.01.15	Full text Abstracts	Verbal behavior AND dementia AND pain measurement OR pain AND geriatric nursing OR long – term care AND nursing homes	3	3	2	2	1
Medline 19.01.15	Abstracts	Dementia AND geriatric nursing OR nursing homes AND pain OR pain measurement AND verbal behavior OR communication	17	17	10	4	1

SweMed +	Fulltext	Pain management AND Dementia	4	4	3	2	2
29.01.15							
Medline	Abstracts	Pain AND Nursing homes	65	65	20	7	1
23.01.15	2010-2015 All aged (65 and over) Danish or English or Norwegian or Swedish						
Medline		Pain relief AND Nursing homes	14	14	5	1	1
23.01.15							
Medline		Homes for the aged Or Nursing homes AND Pain measurement AND Dementia	68	68	6	2	1
27.01.15							
Medline	Abstracts	Pain AND nursing care OR home nursing AND dementia OR cognition disorders	29	29	3	1	1
29.01.15	2005 – 2015 All aged (65 and over)						
Medline		Norway AND treatment outcome OR pain measurement OR pain management AND communication barriers OR nonverbal communication	2	2	2	1	1
30.01.15							

Medline	Abstracts	Pain Management AND Nursing Home AND Aged	37	37	5	1	1
09.05.15	2010-2015						

I det første utvalget ble titlene på alle artiklene lest for ikke å gå glipp av relevant forskning. Virket tittelen interessant ble sammendragene lest før artikkelen ble gjennomgått i sin helhet. De artiklene som omhandlet hensikten med dette studiet ble sett på som relevante forskningsartikler. De utvalgte forskningsartiklene ble vurdert og gransket ved hjelp av HiNT's «Vurdering av forskningsartikkel» (se vedlegg nr. 2). Denne var til hjelp i forhold til å vurdere kvaliteten på artiklene og til organisering av artiklenes hovedresultat.

12 artikler ble vurdert som relevante for oppgaven. Både kvalitative og kvantitative artikler er inkludert i studien. Samtlige artikler er fra tidsperioden 2001 til 2015 (se vedlegg nr. 1).

2.3 Inkluderings - og ekskluderingskriterier

Med bakgrunn i oppgavens begrensninger knyttet til tid og omfang er det nødvendig med avgrensinger. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt ut i fra litteraturstudiets hensikt, og derfor ble litteraturstudien avgrenset til å omhandle pasienter i sykehjem med demens og smerter. Oppgaven har fokus ut i fra et sykepleieperspektiv. WHO (www.who.int) definerer eldre som personer over 65 år. Personer under 65 år er derfor ekskludert. Alle typer demenslidelser er inkludert, men ut i fra hensikten er studiet avgrenset til å inneholde artikler som tar for seg personer med alvorlig grad av demens og språkvansker. Personer med demens som selv kan rapportere smerte er derfor ekskludert. For å kunne innhente så ny forskning som mulig ble artikler innen en tidsperiode på 10 år prioritert. Både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. Det er ikke spesifisert hvilken yrkesgruppe som utfører pleien da det er et tverrfaglig samarbeid på sykehjem. Artikler som omhandlet smertekartleggingsverktøyet Doloplus- 2 eller MOBID ble prioritert, da dette er to kartleggingsverktøy som har blitt prøvd ut i norske sykehjem. Andre kartleggingsverktøy er ekskludert. Det er hovedsakelig artikler som er godkjent av etisk komité som er inkludert.

2.4 Analyseprosessen

I følge Polit og Beck (2012) er analysen en prosess for å organisere og systematisere funnene i materialet. Disse funnene kan tolkes på forskjellige måter og forståelsen er avhengig av den subjektive tolkningen (Graneheim & Lundman, 2004). I følge Forsberg og Wengstrom (2014) handler analyseprosessen om å gjøre store mengder forskningsdata forståelig og minske volumet av

informasjon, slik at man til slutt finner et mønster. På denne måten bygges det et rammeverk slik at man kan presentere kjernen av resultatet av de ulike studiene.

De 12 utvalgte artiklene ble lest, kritisk vurdert flere ganger under analyseprosessen. I følge Polit og Beck (2012) bør artiklene leses minst to ganger for å få en større forståelse om hva artikkelen omhandler. Analysen av artiklene ble inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin kategoribaserte tekstanalyse som deles inn i meningsenheter, subkategorier og hovedkategorier (se tabell 2.4.1).

Under analysen av artiklene ble nøkkelord og setninger fra resultatene uthevet og sammenfattet i et sammendrag. Slik fikk man frem innholdet i artikkelen som var relevant i forhold til hensikten. Videre ble det dratt sammenhenger mellom de forskjellige artiklene for å finne meningsenheter, subkategorier og til slutt hovedkategorier. De fire hovedkategoriene som ble utarbeidet var: sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring, sykepleiefaglige utfordringer ved smertelindring, sykepleierens relasjoner har betydning for god smertelindring og smertelindring ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy.

2.4.1 Tabell som viser eksempler på kategorier

Meningsenhet	Subkategorier	Hovedkategorier
Pasienter med alvorlig demens står i fare for å bli utsatt for feilmedisinering i form av under – eller overbehandling av medikamenter.	Feilmedisinering Manglende rutiner Kunnskaper om smerte	Sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring.
Pasienter med demens bruker mindre medikamenter sammenlignet med pasienter uten demens.	Kunnskap om kartlegging av smerte Kompetanse	
Manglende rutiner hos sykepleierne fører til at «prøve – og feile metoden» blir brukt.		
Vanskeligheter med å tolke pasientens signaler fører til at «prøve – og feile metoden» blir brukt.		
Pasienter blir satt på fast smertestillende fordi sykepleierne er usikre på sin egen kompetanse.		

2.5 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser handler om at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører og hvordan disse kan håndteres. I forskning som innebærer mennesker skal det tas hensyn til anonymisering, taushetsplikt og samtykke. Ethiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er en forutsetning for forskning og studentoppgaver. Det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til menneskene som stiller opp og deler sine erfaringer og opplevelser. Etikken er med på å ivareta dette personvernet, og å sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2014).

For å ivareta menneskers og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, enten det gjelder biologisk materiale eller helseopplysninger skal det søkes om forhåndsgodkjenning av etisk komite (Dalland, 2014). Det er tilstrebet at artiklene som anvendes i denne litteraturstudien er etisk vurdert og godkjent av etisk komite. I et fåtall av studiene kommer det ikke fram at de er godkjent av etisk komite. Disse studiene er likevel publisert i anerkjente tidsskrifter og ansees derfor som kvalitetsmessig god nok.

Informert frivillig samtykke betyr at de som involveres i forskningen gjør dette på et fritt og selvstendig grunnlag. Dette krever god informasjon til de involverte slik at de kan avgjøre om de vil delta i undersøkelsen. Hensikten med informert samtykke er å styrke individets autonomi og oppmuntre til selvstendige beslutninger (Dalland, 2014). Samtykke krever samtykkekompetanse. I denne litteraturstudien hadde mange av de involverte i artiklene en alvorlig grad av demens som medførte kommunikasjonsvansker, og på grunn av sin demenssykdom hadde de nedsatt samtykkekompetanse og det var derfor viktig å tilstrebe å benytte artikler som var godkjent av etisk komité. De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer (2009) har utarbeidet felles retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. Målet med retningslinjene er at denne gruppen skal kunne inkluderes i forskning som kan komme de som dette gjelder og oss alle til gode.

I følge Forsberg og Wengstrom (2014) skal ikke juks og uærlighet forekomme innen forskning. Tyveri eller plagiat av data er eksempler på dårlig vitenskapelig praksis. I dette litteraturstudiet er etiske hensyn tatt i betraktning ved at riktig kildehenvisning er gjennomgående i studiet. Videre er artiklene som er presentert i resultatdelen brukt uavhengig om de støtter eller ikke støtter forfatterens antakelser og forståelse (Forsberg & Wengstrom, 2014).

3.0 Resultat

3.1 Sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring

Eldre sykehjemspasienter med demens opplever å ha mye smerter (Ahn & Horgas, 2013; Blomqvist & Hallberg, 2001; de Souto Barreto, Lapeyre-Mestre, Vellas & Rolland, 2013; Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, et al., 2010; Zwakhalen, van't Hof & Hamers, 2012). Pasienter med alvorlig grad av demens står i fare for å bli utsatt for feilmedisinering i form av under- eller overbehandling av medikamenter (Alm & Norbergh, 2013; de Souto Barreto et al., 2013; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). En studie av de Souto Barreto et al. (2013) viser at pasienter med demens bruker mindre medikamenter sammenlignet med pasienter uten demens, og at mange pasienter med demens ikke står på smertestillende medikamenter selv om de har smerter (de Souto Barreto et al., 2013). Funnene en studie viser at demens utgjør et stort hinder for bruk av smertestillende i sykehjem. En grunn til at pasienter med demens har mindre sannsynlighet for å få smertebehandling er at de ofte ikke kan argumentere for seg eller selv-rapportere smerten de opplever (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Det kan være problematisk å gjennomføre gode utredninger av pasienter med alvorlig grad av demens. En sykepleier rapporterer at hun har opplevd at enkelte pasienter blir satt rett på smertepaster uten utredning for å se om det kan ha effekt på uroen. Sykepleieren forklarer dette som «*et skudd i blinde, der noen hadde effekt og andre ikke*» (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

Manglende rutiner og kunnskaper hos sykepleierne fører til at «prøve og feile metoden» blir brukt i stedet for å kartlegge smertene til pasienten systematisk (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Sykepleierens mål og intensjon med all smertebehandling er å lindre pasientens smerte, men en mangelfull kartlegging og dårlige rutiner for behandling fører til at smertelindrende tiltak i stor grad blir tilfeldige (Lillekroken & Slettebø, 2013). En norsk studie av Jenssen et al. (2013) viser at det er vanskelighetene sykepleierne har med å tolke pasientens signaler som fører til at «prøve og feile metoden» ofte er den metoden som blir anvendt i praksis. Videre sees det at sykepleierne har en tendens til å dokumentere en lavere smertescore enn det pasienten faktisk har når pasienten selv ikke kan rapportere smerten sin (Alm & Norbergh, 2013). Pasienter blir dermed satt på fast smertelindring fordi sykepleierne er usikre på sin egen kompetanse og redde for å overse smertene til pasienten. Vanskelighetene med å tolke pasientens signaler fører også til at smertestillende medisin blir gitt til pasienten «for sikkerhetens skyld», for eksempel for å se om smertestillende medikamenter kan ha effekt på pasientens uro (Jenssen et al., 2013). Manglende rutiner i forbindelse med smertelindring fører til at sykepleierne først prøver seg fram med andre tiltak som for eksempel ikke- medikamentelle tiltak, fordi de ikke har noen rutiner på smertekartlegging (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Samtidig viser et annet studie at

sykepleierne selv mener de har god kompetanse til å behandle pasienters smerter, selv om det ikke brukes systematisk smertekartlegging i sykehjem (Torvik, Brenne, Rognstad & Nordtug, 2015).

Andre studier viser at sykepleierne mangler kjennskap til eller kunnskap om observasjonsbaserte smertekartleggingsskjemaer (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Torvik et al., 2015). I en studie uttrykker sykepleierne ønske og behov for felles retningslinjer og prosedyrer for smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013). Sykepleierne i studien til Jenssen et al. (2013) understøtter at gode fagkunnskaper om sykdommer, medisiner og om demens er helt nødvendig når behovet for smertelindring hos pasienter skal vurderes. For å ivareta pasientens behov for smertelindring vektlegges et godt samarbeid med tilsynslege, pårørende og innad i personalgruppen. Sykepleierne uttrykker ønske om kunnskapsutvikling og kursing i smertebehandling, og mener det er en utfordring å holde seg faglig oppdatert på egenhånd hvis det ikke legges til rette for videre kompetanseheving ved arbeidsplassen (Jenssen et al., 2013).

3.2 Sykepleiefaglige utfordringer ved smertelindring

Det er flere grunner til at pasienter med demens er en sårbar gruppe når det gjelder smertelindring (Alm & Norbergh, 2013; Blomqvist & Hallberg, 2001; Lillekroken & Slettebø, 2013). Pasientens alder, kormorbiditet og polyfarmasi er med på å komplisere pasientens sykdomsbilde som gjør det til en utfordrende sykepleieoppgave å lindre pasientens smerte. Pasientens komplekse sykdomsbilde fører ofte til at sykepleierne blir restriktive med hensyn til administrering av smertestillende (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Videre har pasienter med alvorlig demens flere måter å uttrykke sin smerte på (Ahn & Horgas, 2013; Alm & Norbergh, 2013; Blomqvist & Hallberg, 2001). Utfordringene sykepleierne står ovenfor er når signalene blir vanskelig å fange opp (Jenssen et al., 2013). Sykepleierne ser på immobilitet som et tegn på smerter hos pasienter med demens og språkvansker (Blomqvist & Hallberg, 2001). En studie viser at det ikke er noen sammenheng mellom hyppigheten av vandrende atferd og alvorlighetsgrad av smerte hos pasienter med demens. Studien viser at smertealvorlighetsgrad er forbundet med forekomsten av aggressiv eller opphisset atferd (Ahn & Horgas, 2013), noe som også ble funnet i en studie av Blomqvist og Hallberg (2001). Sykepleierne bruker oftest atferdsendring som indikator på pasientens smerte. Smerter kan komme til uttrykk som forvirring eller uro. Pasienter med alvorlig demens og språkvansker kan også uttrykke smerte med nonverbale uttrykk som ordløs skriking og grimaser (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). En svensk studie av Alm og Norbergh (2013) viser at pasientens nonverbale uttrykk har betydning for smertevurderingen og smertelindringen pasienten får. I forskningsartikkelen kommer det frem at en smilende pasient med smerter ble mest utsatt for feilmedisinering fordi sykepleierne vurderte smerteintensiteten til pasienten for å være lavere enn

den faktisk var, mens en pasient som utrykte smerte gjennom å skjære grimaser hadde større sannsynlighet for å få rett medisinerings da sykepleierne i større grad vurderte smerteintensiteten til pasienten riktig (Alm & Norbergh, 2013).

3.3 Sykepleierens relasjoner har betydning for god smertelindring.

Sykepleiere står til tider ovenfor etiske dilemmaer mellom pasient og pårørende (Lillekroken & Slettebø, 2013). Pårørende blir sett på som en viktig ressurs og samarbeidspartner ved smertebehandling av pasienter i sykehjem. Grunnen til dette er at pårørende ofte har en større forståelse for hva pasienten uttrykker (Jenssen et al., 2013).

Det bør være primærkontaktene som har ansvaret for smertekartleggingen til pasienten (Husebo et al., 2007; Torvik et al., 2010). En studie viser at primærkontakter til pasienten rapporterer betraktelig høyere smertescorer i motsetning til når utenforstående observerer smerteindikatorer til pasienten (Husebo et al., 2007).

Sykepleierne vektlegger et godt samarbeid med tilsynslege, pårørende og personalgruppen som svært viktig for å ivareta pasientens behov for smertelindring. Sykepleierne som har et godt samarbeid med tilsynslegen mener at dette fører til en bedre faglig forståelse i relasjon til ulike fagperspektiver, noe som igjen fører til bedre smertebehandling til pasientene. Dårlig kommunikasjon innad i personalgruppen fører til manglende rapportering og uenighet om pasientens behov, noe som kan medføre at legen mottar forskjellige opplysninger som gjør legen usikker slik at pasienten ikke får den smertebehandlingen som han/hun egentlig skal ha (Jenssen et al., 2013).

3.4 Smertelindring ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy

Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy kan være et godt verktøy for å identifisere smerten til pasienter som ikke kan rapportere smerten sin selv (Husebo et al., 2007; Kaasalainen, Akhtar-Danesh, Hadjistavropoulos, Zwakhalen & Verreault, 2013; Torvik et al., 2015; Torvik et al., 2010; Zwakhalen et al., 2012). Forskning viser at observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy har god reliabilitet og validitet (Husebo et al., 2007; Kaasalainen et al., 2013; Torvik et al., 2010).

Det blir identifisert og påvist mer smerte ved bruk av det observasjonsbaserte smertekartleggingskjemaet Doloplus- 2 i motsetning til når sykepleieren vurderer smerten til pasienten uten noe hjelpemiddel (Torvik et al., 2010). I forskningen til Husebo et al. (2007) blir det registrert at når helsepersonell bruker MOBID smertekartleggingskjema under stellesituasjoner med pasienten blir det registrert høyere smertescorer enn når vanlige rutiner under stellet blir brukt.

Bruk av MOBID smertekartleggingsverktøy viser at høyest smertescore blir observert når pasienten mobiliserer armer og ben. Andre smerteindikatorer som har en høy smertescore er ansiktsuttrykk, smertefulle lyder og at pasienten går i forsvarsposisjon (Husebo et al., 2007). Ved bruk av Doloplus- 2 som smertekartleggingsverktøy scorer psykomotoriske reaksjoner høyest av smerteindikatorene. Smerteindikatoren som scorer lavest er psykososiale reaksjoner (Torvik et al., 2010).

Det brukes lite smertekartleggingsverktøy i sykehjem (Alm & Norbergh, 2013; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Torvik et al., 2015). Verbale og numeriske skalaer blir brukt betraktelig oftere i hjemmesykepleien enn i sykehjem, mens i sykehjem blir det oftere brukt standardiserte spørsmål for å avdekke smerter hos pasienten. Resultatene viser derimot at sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehjem synes det er veldig nyttig å bruke smertekartleggingsverktøy når disse blir anvendt (Torvik et al., 2015).

4.0 Diskusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan sykepleiere bedre kan utføre smertekartlegging og bidra til god smertelindring til sykehjemspasienter med demens og språkvansker.

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Sykepleierens kunnskap har betydning for god smertelindring

Resultatet i dette litteraturstudiet viser at eldre sykehjemspasienter har mye smerter. I følge Ferrell et al. (1995) har 60%- 80% av alle sykehjemspasienter langvarige smerter. Det er ofte flere tilstander som bidrar til langvarige smerter hos eldre (Kongsgaard et al., 2008). Redusert fysiologisk kapasitet og påvirkning av andre sykdommer fører til at smertebildet til eldre ofte er atypisk. Symptomer som depresjon, angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller vekttap kan være tegn på smerte hos eldre (Kongsgaard et al., 2008). Det er derfor viktig at sykepleier kjenner til og har kunnskap om atypiske tegn eldre kan ha på smerte. Eldre går igjennom flere fysiologiske aldersendringer som er med på å endre smertebildet, smerteforekomsten og smerteopplevelsen. Aldersendringene er både biologiske, sosiale og psykososiale, og disse vil alle ha betydning for smerteopplevelsen (Kongsgaard et al., 2008). I følge Kongsgaard et al. (2008) har eldre en økt smerteterskel for akutt smerte, og en økt følsomhet for langvarig smerte. Dette er et viktig paradoks som sykepleier må tenke over og ta i betraktning ved vurdering og behandling av smerter hos eldre.

Resultat viser også at pasienter med alvorlig demens både blir utsatt for feilmedisinering, og at pasienter med demens ofte er underbehandlet for smertene sine. Videre viser resultatet at demens utgjør et hinder for bruk av smertestillende når personer med alvorlig demens ikke kan uttrykke smertene verbalt. Med bakgrunn i dette er det utfordrende å finne en optimal balanse mellom effekt og bivirkning av smertebehandlingen eldre med demens får. Videre fører også dette til manglene tilbakemelding om behandlingseffekt og bivirkninger av smertestillende (Husebo, 2009). Hvis man er usikker på om en pasient med alvorlig demens og språkvansker har smerter kan man prøvemedisinere pasienten med smertestillende medikamenter. For å avgjøre om prøvemedisineringen har effekt på pasienten er man avhengig av at sykepleier kartlegger pasientens smerteatferd før, under og etter smertestillende medikamenter er gitt (Torvik & Bjøro, 2014).

I følge Kongsgaard et al. (2008) er smerte underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom fordi det ikke brukes systematisk smertediagnostikk. En annen årsak til at demente er underbehandlet kan være manglende bevissthet på at demente kan ha smerter (Galek & Gjertsen, 2011). Det er også en vanlig oppfatning blant helsepersonell og eldre selv, at smerte er noe som hører alderdommen til. Denne holdningen er med på å skape en forventning om at eldre ikke gir

uttrykk for smertene sine og i stedet lider i stillhet. Eldre mennesker har lett for å falle inn i en passiv rolle der de setter seg selv på vent og ikke vil være til bry for helsepersonellet (Torvik & Bjoro, 2008). ISAP (2014) poengterer at selv om demente med språkvansker har en manglende evne til å kommunisere verbalt, så kan de oppleve å ha like mye smerter som alle andre pasienter (ISAP, 2014).

Smertevurderingen av eldre med alvorlig demens er en stor utfordring. I tidlige faser av sykdommen klarer de fleste å uttrykke smertene sine med ord, men etter hvert som sykdommen utvikler seg vil språket til pasienten bli svekket i stor grad. Dette fører til at pasienten ikke lenger er i stand til å formidle sin smerte med ord (Nygaard & Jarland, 2005). Hos pasienter med alvorlig demens og sviktende språkevne er det derfor nødvendig at sykepleier observerer tegn på smerte hos pasienten (Torvik & Bjoro, 2014). Disse pasientene er helt avhengig av at sykepleier har evnen og kompetansen til å kunne tolke non-verbale tegn som indikere smerte (Nygaard & Jarland, 2005).

Resultatet viser at sykehjemspasienter med demens bruker mindre medikamenter sammenlignet med pasienter uten demens. I følge Nygaard og Jarland (2005) kan det være flere forklaringer på denne forskjellsbehandlingen. Hukommelsessvikten den demente opplever fører til vansker med å forstå og uttrykke seg. Dette fører til at sykepleier ofte feiltolker endret atferd som uttrykk for smerte. I motsetning til hjemmeboende som har mulighet til å styre bruken av smertestillende i stor grad selv, er sykehjemspasienter avhengig av sykepleiers vurderinger for å få smertestillende. Dette blir en sykepleiefaglig utfordring når smerte blir et differentialdiagnostikk spørsmål (Nygaard & Jarland, 2005).

Resultatene i litteraturstudiet indikerer at det er en diskrepans i sykepleierens kunnskap om god smertelindring. På den ene siden viser resultatet at manglende rutiner og kunnskaper hos sykepleierne fører til at smertelindrende tiltak blir tilfeldig foretatt og at «prøve og feile metoden» blir mye brukt. Videre viser resultatet at sykepleiernes usikkerhet rundt egen kompetanse går ut over smertelindringen til pasienten. Mangel på ferdigheter og kunnskaper hos sykepleiere og leger fører til barrierer for gode vurderinger og behandling av smertene til pasienten (British Geriatrics Society, 2013). På den andre siden fremkommer det resultater som indikerer at sykepleierne selv opplever tilstrekkelig kompetanse i forhold til vurderinger og behandling av smerter. Denne forskjellen er interessant med bakgrunn i at andre resultater i dette litteraturstudiet viser at det i begrenset grad blir brukt kartleggingsverktøy ved smerter. En annen mulig forklaring på denne diskrepansen er at sykepleiere muligens bruker annen sykepleierfaglig kompetanse eller klinisk skjønn i vurdering av smerte. Det er relevant å vurdere i hvilken grad det sistnevnte oppfyller kravene til faglig forsvarlighet sett opp mot standardiserte kartleggingsverktøy.

I Helsepersonelloven § 4 første ledd står det at «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*». Dette forsvarlighetskravet gjelder for all helsehjelp. At helsehjelpen som gis skal være faglig forsvarlig bygger på at hjelpen skal være kunnskapsbasert. Ut i fra Helsepersonelloven skal helsehjelpen være kunnskapsbasert og ikke bygge på antagelser eller «prøve- og feile metoden» slik resultatet viser. Videre poengterer loven at det skal gis omsorgsfull hjelp. Dette innebærer at utøvelsen av omsorg skal utføres med en væremåte som oppleves som god for mottakeren av helsehjelpen (Molven, 2012).

I følge Herr et al. (2011) er smertekartlegging en selvstendig sykepleiefunksjon. Det er sykepleiers ansvar å sette i gang tiltak som kartlegger smerten til pasienten (Herr et al., 2011). Problemet er at det utføres for lite systematisk og målrettet smertevurdering av eldre. Det er en stor bekymring at helsepersonell har for lav kompetanse når det kommer til vurdering av smerte til eldre (Torvik & Bjørø, 2014).

I følge Eide og Eide (2012a) har helsepersonell et ansvar for å kommunisere videre informasjon om enkeltpasienters behov og sørge for at denne informasjonen kommer frem til dem som behandler smerte. Dette kalles for hjelpende kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon handler både om å se og anerkjenne pasienten, og å ta tak i konsekvensen av det man ser og å kommunisere dette videre til kolleger. Sykepleieren jobber tett både med pasient og pårørende og har dermed en gylden mulighet til å oppdage svikt i rutiner og systemer (Eide & Eide, 2012a). Resultatet viser manglende rutiner og kunnskaper om smertelindring og smertekartlegging i sykehjemmene. I følge Eide og Eide (2012a) har sykepleier ansvar for at denne informasjonen kommer fram til for eksempel ledelsen. Sykepleier kan kommunisere dette videre gjennom dokumentasjon, rapportmøter eller direkte til ansvarlige personer (Eide & Eide, 2012a).

Sykepleierne ønsker felles retningslinjer og opplæring i smertebehandling. I følge Tarzian og Hoffman (2005) finner man barrierer for god smertelindring i organisasjonsmessige forhold. Manglende engasjement og støtte fra ledelsen samt mangel på retningslinjer for dokumentasjon og smertevurdering er faktorer som står i veien for god smertebehandling av eldre (Tarzian & Hoffman, 2005). For at pasientene på et sykehjem skal få en forsvarlig smertebehandling og verdig omsorg er det viktig at lederne utarbeider en klare retningslinjer for institusjonen (Bjørø & Torvik, 2008). Det er også mangel på opplæring, etter- og videreutdanning av personell. Det er behov for kunnskapsbasert arbeid som kan fjerne de barrierene som fins for god smertelindring (Tarzian & Hoffman, 2005). Bedre kunnskap og kompetanse hos sykepleierne kan gi bedre smertevurdering og føre til bedre livskvalitet hos eldre da studien til Torvik et al. (2010) viser at smerte går utover livskvaliteten til

pasienten. I følge «Demensplanen 2015» skal det legges vekt på kompetanseheving slik at helsevesenet blir bedre rustet til å møte framtidens utfordringer med et økende antall eldre. Tiltakene som skal iverksettes gjennom demensplanen er blant annet tilskudd til videre- og etterutdanning i geriatri og demens på høyskole- og fagskolenivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Resultatet viser at sykepleierne ikke har kjennskap til retningslinjer for smertebehandling. Smertekartlegging danner grunnlaget for god smertelindring, men per dags dato mangler det nasjonale retningslinjer for smertekartlegging av eldre. Det fins imidlertid amerikanske retningslinjer som er utarbeidet i samarbeid med ISAP (Torvik, 2013). Den norske legeforening utga i 2009 retningslinjer for smertelindring, men disse tar i stor grad kun for seg medikamentelle smertelindringsmetoder og omhandler eldre i liten grad. Det sees også at disse er utarbeidet for bruk av leger og ikke for hvordan sykepleiere skal forholde seg til smertelindring (Den Norske Legeforening, 2009). Det kan tenkes at det er mulig å oversette de amerikanske retningslinjene slik at de kan anvendes i norske sykehjem.

Resultatet viser at det er en utfordring for sykepleiere å holde seg faglig oppdatert på egen hånd der arbeidsplassen ikke legger til rette for kunnskapsutvikling. Ut i fra «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (2011) har sykepleier et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis innen fagområdet. Dette skal bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis. Retningslinjene sier også at lederne i sykepleiertjenesten har et ansvar for å legge til rette for fagutvikling (NSF, 2011).

Forskningen viser at sykepleierne vektlegger et godt samarbeid med tilsynslege, pårørende og innad i personalgruppen for å ivareta pasientens behov for smertelindring. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Målet med reformen var å bedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenesten. Ett av punktene i samhandlingsreformen går ut på å ha et bedre og bredere tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009). Dette kan være med på å øke kompetansen blant sykepleierne da man kan lære mye av andre faggrupper. Noen av yrkesgruppene sykepleiere i sykehjem arbeider tett med er hjelpepleiere, leger, omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, vernepleiere, ergoterapeuter og ernæringsfysiologier. Et samarbeid mellom ulike faggrupper utløses når det er behov for et tverrfaglig perspektiv på en pasientsituasjon. En slik samkjøring av kunnskap mellom ulike yrkesgrupper kan føre til at korrekte beslutninger tas og at nødvendige tiltak blir iverksatt raskere (Kristoffersen, 2012). På sykehjem jobber man stort sett tverrfaglig med andre yrkesgrupper, og det kan tenkes at et større fokus på samhandling på tvers av faggruppene kan føre til bedre smertelindring til pasientene.

4.1.2 Sykepleiefaglige utfordringer ved smertelindring

Resultatet viser at pasienter med demens er en sårbar gruppe når det kommer til smertelindring og at pasientenes komplekse sykdomsbilder gjør smertelindring til en utfordrende sykepleieroppgave. Gamle pasienter er sårbare fordi ulike aldersforandringer gir økt disposisjon for sykdom og funksjonssvikt. I forlengelse av dette kan det være vanskelig å skille mellom hva som er normale aldersforandringer og hva som er sykdom. Aldersforandringene alene gir sjelden funksjonssvikt, men aldersforandringene fører til endringer i de fleste organer som medfører økt sårbarhet for skader og sykdom (Ranhoff, 2014).

Resultatet viser at sykepleierne blir restriktive med hensyn til administrering av smertestillende på grunn av pasientens komplekse sykdomsbilde. Gamle og multisyke pasienter er en sårbar gruppe da de kan bli utsatt for mangelfull medisinsk behandling fordi diagnostikken blir mer krevende. Eldre bruker ofte flere forskjellige legemidler og har dermed økt risiko for bivirkninger. De har økt risiko for inaktivitet, depresjoner, ernæringsvikt, funksjonssvikt og økt dødelighet. Disse risikofaktorene gjør det krevende å gi tilstrekkelig sykepleie til multisyke eldre pasienter. For slike pasienter krever det mer planlegging og sykepleieren bør gjøre seg kjent med de ulike medisinske diagnosene pasienten har, alvorlighetsgraden og hvilke konsekvenser sykdommene har for pasientens funksjon og livskvalitet (Ranhoff, 2014).

Resultatet viser at pasienter med alvorlig demens har forskjellige måter og uttrykke smerte på. Smerten kan komme til uttrykk gjennom aggressiv atferd og nonverbale uttrykk. Ved langtkommen demens svekkes evnen til språklig kommunikasjon. Dette fører til at pasienten ikke klarer å formidle smerteopplevelsen med ord (Bjoro & Herr, 2008). I følge Lindblom et al. (1986) er pasientens selvrapporing den mest troverdige og presise vurderingen av smerte, men selvrapporingen er avhengig av pasientens hukommelse, verbale kapasitet, forventinger og følelser. Hos pasienter med demens og sviktende språkevne uteblir selvrapporingen og det blir nødvendig for sykepleier å observere tegn på smerte og tolke pasientens ikke-verbale smertetegn (Torvik & Bjoro, 2014). Selv om pasienten ikke har et verbalt språk, har de fortsatt et non-verbalt språk. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) har utviklet en oversikt over ulike former for atferd som kan være tegn på smerte hos pasienter med demens og svekket språkevne. Denne malen kan brukes av sykepleier for å identifisere pasientens smerte (se tabell).

Tabell:

- **Ansiktsuttrykk:** Mørkt, trist, fryktsomt, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blunking.
- **Verbalisering, vokalisering:** Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.
- **Kroppsbevegelser:** Rigid og anstrengt, beskyttende, urolige, nervøse, gyngende, rytmisk, begrensende, monoton, endringer i gangart og kroppsbevegelse.
- **Forandring i mellommenneskelig samhandling:** Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjon, sosialt uakseptabel, opprivende, forstyrrende, tilbakeholden og reservert.
- **Forandring i aktivitetsmønster og rutiner:** Matvegring, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
- **Forandring i mental status:** Gråtetokter, tårer, økt forvirring, irritabilitet.

Kilde: American Geriatrics Society 2002

I følge Szatkowski (2004) er den demensrammede tydelig i sin mimikk. Derfor kan sykepleier lese i den demensrammedes ansikt hvilken sinnstilstand pasienten er i. Sykepleier bør også være bevisst på pasientens kroppsbevegelser. Disse kan begge si noe om hvordan hjernen til pasienten fungerer ut i fra sykdomsbildet (Szatkowski, 2004). En helhetlig og analytisk tankegang hvor sykepleieren bruker den ovennevnte kunnskapen kan være et viktig hjelpemiddel til å forsøke å forstå pasientens følelser og atferd.

Resultatet viser at det er utfordrende for sykepleierne å fange opp signaler på smerte når signalene blir vage. Det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener fordi aldersdemente mangler evnen til å skille mellom fortid, nåtid og fremtid. I følge Carlsen (1991) mener mange forskere og klinikere at det den aldersdemente formidler har en mening selv om det virker helt meningsløst og utenforstående (Carlsen, 1991). Å kommunisere med demente med svekket språkevne er utfordrende, og det stiller dermed store krav til sykepleiernes evne til empati og kommunikasjon (Eide & Eide, 2012c). I følge Szatkowski (2004) utvikler demenssykdommen seg gradvis. Jo mer svekket bruken av språket og stemmeføringen blir, jo større betydning vil kroppsspråket og mimikken få som uttrykksmiddel. Den demensrammede opplever også endring i å oppfatte andres kommunikasjon. Det legges større vekt på et tydelig kroppsspråk. Sykepleier som kommuniserer med demente må være bevisst i bruken av mimikk og kroppsspråk. Videre er det også viktig at sykepleieren kjenner til pasientens livshistorie da denne kan sette preg på hvordan personen kommuniserer (Szatkowski, 2004).

På grunn av aldersforandringer har demensrammede ofte endrede sansefølelser og kan derfor være overfølsomme for sterke sanseintrykk. Under smertekartlegging og observasjon av pasientens

atferd bør sykepleier være observant på bruken av stimuli. Man bør være oppmerksom på overfølsomhet av varme, kulde, lys, lyd og lukt. For å skape minst mulig forvirring er det lurt å stimulere så få sanser som mulig når man kommuniserer med den demensrammede pasienten. Sykepleier bør tilstrebe å bruke én kommunikasjonsform av gangen. For eksempel, når man bruker kroppen bør man holde munnen i ro, og omvendt. Hvis sykepleieren både bruker språk og bevegelser, må det være en sammenheng mellom, kroppen, stemmen og mimikken for at den demente skal forstå det som kommuniseres (Szatkowski, 2004). Eide og Eide (2012c) poengterer at man skal sørge for at den demente ikke overveldes av inntrykk, men samtidig sørge for at hverdagen til pasienten er stimulerende nok. Det er viktig at sykepleier klarer å finne en balansegang da både over- og understimulering kan føre til forvirring og dårligere funksjon hos pasienten (Eide & Eide, 2012c).

Resultatet viser at pasientens non-verbale uttrykk har betydning for smertevurdering og smertelindringen pasienten får. Pasienter som ikke uttrykker smerte tydelig gjennom non-verbale uttrykk blir oftere utsatt for feilmedisinering sammenlignet med pasienter som tydelig viser smerte gjennom mimikken. Å bruke atferdsytringer som en indikasjon på smerte er svært utfordrende, da smerteatferden kan være forskjellig fra individ til individ (Bjørø & Torvik, 2008). I følge Herr og Decker (2005) har alle sin egen individuelle smertesignatur. En pasient med smerter kan bli stille og trekke seg tilbake, mens en annen med smerte kan bli oppspilt og urolig (Herr & Decker, 2005). Det er også slik at atferdsendringer hos pasienter med demens ikke nødvendigvis trenger å bety smerte. For eksempel så kan aggressivitet være et tegn på smerte, men det kan også være et tegn på personlighetsforandringer som er en del av demenssykdommen (Bjørø & Torvik, 2008). Dette viser viktigheten av at sykepleieren har kunnskap og kompetanse om demenssykdommen for å kunne foreta gode differentialdiagnostiske vurderinger.

4.1.3 Sykepleierens relasjoner har betydning for god smertelindring

Forskningen viser at det først og fremst er primærkontaktene til pasienten som bør ha ansvaret for smertekartleggingen da primærkontakter observerer høyere smertescorer sammenlignet med utenforstående som observerer smerteindikatorne. For å kartlegge smertene til pasienten er det avgjørende at sykepleieren er i stand til å gjenkjenne endringer i atferdsmønsteret hos pasienten. For å oppdage atferdsendringer er det en forutsetning å ha en god relasjon til pasienten.

Omsorgspersoner, familiemedlemmer eller noen som skjener pasienten godt kan være en god kilde til denne informasjonen (Herr, 2011). Relasjon betyr at én gjenstand står i forbindelse med en annen gjenstand. I sykepleien brukes denne betydningen mellom den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende og kolleger (Eide & Eide, 2012b).

Kari Martinsens omsorgsteori bygger på en verdioppfatning om at relasjoner blir sett på som fundamentalt i menneskelivet. Mennesket er alltid forbundet med andre menneskers liv, og derfor er menneskene avhengige av hverandre. Ved for eksempel sykdom, skade eller funksjonstap kommer menneskets avhengighet tydeligere fram. I slike situasjoner vil det enkeltes menneskets liv være overlatt og utlevert til et annet menneske. I følge Martinsen vil det da være opp til den andre å ta vare på den andres liv som er overlatt til ham (Kristoffersen, 2012).

For å skape en god relasjon til pasienten er det viktig at sykepleieren kjenner til livshistorien til den demensrammede. Denne er av stor betydning for å ivareta den enkeltes egenverd og identitet. Pårørende er en viktig ressurs som kan fortelle om pasientens livshistorie, hvis pasienten selv er ute av stand til det (Szatkowski, 2004).

Resultatet viser også at selv om det er primærkontaktene som dokumenter høyest smertescore, dokumenterer sykepleierne ved flere anledninger en lavere smertescore enn det pasienten faktisk har. Det kan tyde på at det ikke er samsvar mellom sykepleiers og pasientens vurdering. En av grunnene til det kan være at det viser seg at eldre forstår smerten mer allment og knytter den opplevde smerten til levd liv, mens helsepersonell tolker smerteuttrykkene i større grad ut i fra sykdom og tilstand (Knudsen & Larsen, 2010). Smerteopplevelsen er en subjektiv opplevelse og kan bare erfares av personen selv (Torvik & Bjørø, 2014). Dette skaper utfordringer i sykepleiers oppgave i å kartlegge smerten til pasienter som ikke selv kan gi uttrykk for smerte gjennom verbal kommunikasjon. I følge Knudsen og Larsen (2010) er forståelse og holdning avgjørende når smerteatferd skal tolkes og gjenkjennes. Sykepleiers holdninger og væremåte spiller også en viktig rolle for etablering av gode relasjoner. Holdningen gir et spontant uttrykk for hvordan man er som person, og for hvordan man reagerer i ulike situasjoner (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Martinsen (1996) mener at holdningene er nedfelt i det ordløse, og at i holdningen er man til stedet enten man ønsker det eller ikke. Hun mener videre at menneskers holdninger kommer til uttrykk i deres reaksjoner.

I følge Eide og Eide (2012c) har den demensrammede ofte behov for at noen andre verner om deres autonomi og integritet. I slike situasjoner er relasjonen mellom sykepleier og pasient karakterisert av det som det Martinsen (2003) benevner som generalisert gjensidighet. Det betyr at selv om sykepleier og pasient er likeverdige som mennesker, er de ikke det når det kommer til kompetanse, krefter og vilje. Dette fører til en asymmetri i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Pasienten kan være i en tilstand der han eller hun ikke kan ta fullt vare på seg selv og dermed er avhengig av sykepleierens kompetanse, kyndighet og hjelp. I slike situasjoner er pasienten svært sårbar ovenfor

sykepleiers handlinger, noe som gir sykepleieren stor makt. Det er viktig at sykepleier bruker denne makten og kunnskapen til pasientens beste (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Ut i fra «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (2011) er grunnlaget for god sykepleie å respektere det enkelte menneskets liv og verdighet. Videre skal sykepleien inneholde barmhjertighet, respekt og omsorg for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Disse retningslinjene er grunnlaget for profesjonsetikken i sykepleien. Sykepleieren har et ansvar for at pasienten blir tatt vare på. Sykepleier skal handle ut i fra prinsippet om å gjøre vel for pasienten. Det betyr å gjøre det som er best for pasienten ut i fra en helsefaglig vurdering, der målet er å redusere lidelse og smerte uten å påføre skade (Midtbø & Råholm, 2014). Martinsen (2003) understreker også hvor viktig det er å handle til det beste for pasienten.

I følge Martinsen (2003) betyr begrepet omsorg å handle. Oppgaven til sykepleieren er å gå inn i situasjoner som gagnar pasienten mest mulig for å hindre at pasienten skader seg. Dette forutsetter at sykepleier er villig til å sette seg inn i situasjonen til pasienten (Midtbø & Råholm, 2014). Det er svært utfordrende å sette seg inn i andres situasjoner da man aldri kan vite hva andre mennesker føler, da man ikke har tilgang til andres erfaringer. Sykepleieren må alltid tolke den andres kroppsuttrykk og tegn. Slik tolkning er utfordrende, og man kan lett ta feil. Når man ikke har visshet eller kunnskap om andres menneskers erfaringer må man ikke være skråsikker i forståelsen av andre mennesker. Dette gjelder særlig følelsesuttrykk og nonverbal kommunikasjon. Sykepleiere må være ydmyk og vise respekt for det man ikke kan se eller forstå. Den aller viktigste evnen sykepleiere har til å leve seg inn i andres situasjon er empatien. Empati er grunnlaget for klinisk samhandling til pasientens beste. Hvis sykepleiere skal klare å lindre smerte når det er behov for det, må man kunne tolke tegn på ubehag, nedsatt velvære eller forandring (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Resultatet viser at sykepleierne ser på pårørende som en viktig ressurs og samarbeidsparter i smertebehandlingen til pasienten. Herr og Decker (2005) mener at et godt samarbeid med pårørende er essensielt for å kvalitetssikre kartleggingen av smerte til pasienten. Pårørende har ofte en unik kunnskap om pasientens vanlige atferdsmønstre. Denne kunnskapen er viktig for sykepleiers del i arbeidet med å identifisere smerten til pasienten. Det er derfor viktig at denne informasjonen som pårørende sitter inne med kommer fram. Det bør derfor stilles spørsmål til pårørende om kjennskap til pasientens smertehistorie og vanlig atferd ved smerte (Bjøro & Torvik, 2008).

Forskningen viser at et godt samarbeid mellom de ulike faggruppene er viktig for å ivareta pasientens behov for smertelindring. For god og målrettet vurdering og behandling av smerte er det viktig med

et godt fungerende tverrfaglig team som samarbeider med pasient og pårørende (Torvik & Bjørø, 2014). Sykepleieren har både et delegert og selvstendig ansvar for å lindre smertene til pasienten. Det delegerte ansvaret går ut på å administrere den medisinske forordningen som kommer fra legen. Videre har sykepleieren et administrativt ansvar ved å være et bindeledd mellom de forskjellige faggruppene for at helheten i smertebehandlingen blir ivaretatt. Den selvstendige sykepleiefunksjonen innebærer å identifisere smertetilstanden, deretter iverksette aktuell behandling ut i fra de observeringene som er gjort. Til slutt har sykepleieren i oppgave å evaluere effekten av behandlingen. Sykepleieren sin rolle og oppgave i smertebehandlingen handler i stor grad om å jobbe ut i fra sykepleieprosessen (Rustøen, 2007). Sykepleieprosessen er en planleggings- og problemløsende metode som brukes for å gi god og individualisert sykepleie. Sykepleier kan bruke sykepleieprosessen i arbeidet for å klare målet om å yte effektiv og trygg sykepleie til personer med smerter. Sykepleieprosessen består hovedsakelig av fem faser der sykepleier innhenter nødvendig informasjon, identifiserer problem, planlegger, iverksetter og vurderer sykepleietiltakene (McCaffery & Beebe, 2005).

4.1.4 Smertelindring ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy

Resultatet viser at bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å identifisere smerten til pasienter som ikke kan rapportere smerten sin verbalt. Gullstandarden for all smertekartlegging er selvrapporing (Bjørø & Torvik, 2008). I følge Ferrell et al. (1995) er det nødvendig å bruke andre metoder enn selvrapporing til pasienter med omfattende kognitiv svikt. Å observere pasientens atferd er et alternativ for å se etter tegn på smerte. Det bør være en sykepleier som kjenner pasienten som observerer pasienten. Denne registreringen av atferd forutsetter også at sykepleier er trent til å observere kjente tegn på smerte og rapportere disse i pasientens journal. Det bør benyttes standardiserte metoder, og optimalt sett burde man hatt et felles system for bruk ved alle sykehjem i Norge (Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Longe & Kaasa, 2005).

Det er i midlertid viktig at sykepleier er bevisst på de begrensningene bruken av atferd som smerteindikator har. En av disse begrensningene er at når noen skal vurdere smerteintensiteten hos en person er det sjelden at dette samsvarer med hva personen selv opplever av smerteintensitet. Det er også viktig og være klar over at smerteuttrykk hos personer med demens varierer i stor grad (Bjørø & Torvik, 2008). I følge Herr, Bjørø og Decker (2006) fører disse begrensningene til at det er en utfordrende oppgave å utvikle standardiserte verktøy som baseres på observasjon av atferd.

Resultatet viser også at det ble identifisert og påvist mer smerte ved bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsskjema som Doloplus- 2 og MOBID. Disse to kartleggingsskjemaene er utprøvd i

flere norske sykehjem og viser god reliabilitet og validitet. Begge skjemaene inneholder flere variabler. Knudsen og Larsen (2010) poengterer i sin litteraturgjennomgang at observasjonsskjema med mange variabler kan være valide uten at de egner seg for bruk i praksis. McAuliffe (2012) viser til American Geriatrics Society som har utarbeidet seks hovedkategorier som bør være inkludert i slike observasjonsverktøy. Disse kategoriene er ansiktsuttrykk, negative utrop, kroppsspråk, endringer i aktivitetsmønster, sosiale endringer og mentale endringer. Det ser ut til at Doloplus- 2 inneholder alle kategoriene unntatt kategorien som tar for seg mentale endringer (se vedlegg nr. 4). MOBID mangler kategoriene som omhandler endringer i aktivitetsmønster og sosiale endringer (se vedlegg nr. 3).

Ut ifra resultatet viser det seg at det blir påvist høyere smertescorer ved bruk av observasjonsbaserte kartleggings skjema. Det vil være opp til sykepleieren å avgjøre hvilket kartleggingsverktøy som skal brukes hos pasienten. Men det er også viktig at sykepleieren er klar over hvilke begrensninger et slikt verktøy har. Bjørø og Torvik (2008) poengterer at hvis et standardisert verktøy inneholder for få observerbare atferdsuttrykk kan det være en fare for at man ikke oppdager smerten. Det kan også være en fare for at man sier at pasienten har smerte, selv om pasienten ikke har det. Det viktigste med et slikt verktøy er å fange opp de som har smerter. For at smertekartleggingen skal bli vellykket er det da av stor betydning at det aktuelle verktøyet er grundig testet og utprøvd i praksis (Bjørø & Torvik, 2008)

Kartlegging av smerter hos demente er et viktig satsningsområde i norske sykehjem, men resultatene viser at det brukes svært lite smertekartleggingsverktøy. Systematisk kartlegging av smerte er nødvendig fordi det gir bedre grunnlag for sykepleierens valg av tiltak, og bedre evalueringer av effekt av tiltak (Bjørø & Torvik, 2008). Dessuten øker det samhandling og kommunikasjon om smertelindring innad i personalgruppen. Gjennom utprøving og erfaring av kartleggings skjema vil sykepleierne få økt kompetanse i smertelindring for demente. Dette vil være med på å sikre at de demente får et verdig liv og en bedre livsavslutning (Galek & Gjertsen, 2011). Implementering av systematisk smertekartlegging vil med større sannsynlighet være suksessfullt hvis alle i personalgruppen har fokus på smerter. Det er også viktig at alle får samme grundige opplæring. Et tverrfaglig samarbeid, der alle yrkesgruppene bruker samme instrument i smertebehandlingen vil gjøre implementeringen lettere. Det er også en fordel om en fra pleiegruppen tar på seg oppgaven som koordinator eller smertekontaktfunksjon (Husebo & Sandvik, 2011)

4.2 Metodediskusjon

I følge Forsberg og Wengstrom (2014) bør det diskuteres hvordan litteratursøket etter artikler har vært, om utvalget man kom fram til var relevant og om det er eventuelle begrensninger i studien.

Datainnsamlingen startet med brede søk i en anerkjent database for å få oversikt over forskningen på temaet til oppgaven. Etter hensikten ble utarbeidet ble det anvendt mer avgrensede søkeord ut i fra hensikt og inkludering- og ekskluderingskriterier. Søkeordene ga relevante treff og ble derfor benyttet i videre søkning i andre databaser. En styrke ved denne litteraturstudien er at det ble gjort relativt mange ulike søk med forskjellige søkeord.

Denne studien har begrensninger som er gitt på forhånd, bl.a. på tid og antall ord som begrenser omfanget av studien. Resultatet begrenses til å inneholde 12-15 artikler, noe som begrenser muligheten på hvor dypt man kan gå inn på det aktuelle temaet. Oppgaven inneholder 12 originalartikler som er innhentet fra kun to databaser. Dette kan være en svakhet for en litteraturstudie da andre artikler fra andre databaser ikke har blitt inkludert. Likevel er både Medline og Swermed+ to anerkjente databaser av god kvalitet. Det er også derfor en styrke for resultatet at artikler utgår fra anerkjente databaser er inkludert da artikler fra mindre anerkjente databaser kunne ha gitt et mindre pålitelig resultat.

Det er en styrke for resultatet at oppgaven inneholder både kvalitative og kvantitative studier. Dette gir et bredere innhold av resultater. De kvalitative studiene gir en forståelse av menneskers opplevelser og forståelser av omverdenen. I dette resultatet kommer det tydelig frem hva personell og sykepleiere kan om smertelindring og deres personlige erfaringer med smertekartlegging. Bruk av kvantitative studier gir resultatet målbare data og dermed en bred oversikt over det som det forskers på. I følge Forsberg og Wengstrom (2014) er fordelene med å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning at man får belyst fenomenet fra ulike synsvinkler og man får ulike typer informasjon om samme fenomen.

Det ble tilstrebet å innhente artikler som ikke var eldre enn 10 år. Likevel ble en artikkel fra 2001 inkludert i resultatet. Etter kritisk vurdering av artikkelen ble den inkludert på grunn av artikkelens relevans for resultatet. En av artiklene som er inkludert i resultatet var ikke godkjent av etisk komité. Den ble likevel inkludert på grunn av relevansen, da artikkelen hadde med etiske hensyn der det kom fram at deltakelsen i studien var frivillig og dermed var det ikke behov for godkjenning av etisk komité.

De inkluderte artiklene i resultatet kommer hovedsakelig fra Norge, Sverige, Frankrike, Nederland, Canada og USA. Det er en styrke for oppgaven at det hovedsakelig er artikler fra Norge og Sverige. Selv om noen av artiklene er fra andre land der det kan tenkes at helse- og utdanningspolitikken er annerledes, ansees resultatene av artiklene som overførbare og relevante til bruk i norske sykehjem.

5.0 Konklusjon

- Sykehjemspasienter har mye smerter. Hos eldre er symptomene på smerte ofte atypiske. Tegn på smerte kan være depresjon, angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller vekttap. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om atypiske symptomer slik at de kan forstå dem som uttrykk for smerter. Det er utfordrende å skille mellom tegn på smerte og symptomer på demenssykdommen.
- Smertevurderingen hos eldre med demens uten verbalt språk er en stor sykepleiefaglig utfordring. Disse pasientene er helt avhengig av at sykepleier har evnen og kompetansen til å tolke non-verbale tegn på smerte.
- For å kunne tolke pasientens non-verbale tegn på smerte spiller sykepleierens relasjoner, holdninger, kommunikasjonsferdigheter, empatiske evner og kunnskap om demenssykdommen en viktig rolle.
- Det er behov for utarbeiding av felles retningslinjer for smertelindring av eldre slik at smertebehandlingen blir mer kunnskapsbasert i stedet for tilfeldig foretatt.
- Bruk av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som Doloplus- 2 og MOBID er nyttige verktøy for å kartlegge smerten til pasienten og evaluere effekten av smertestillende.
- Sykepleierne har for lite kunnskap om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og de anvendes lite i Norske sykehjem. Selv om det er utarbeidet to gode kartleggingsverktøy er det behov for informasjon og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy i norske sykehjem.

6.0 Litteraturliste

- Aambø, A. (2007). *Smertes. Smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Ahn, H. & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics, 13*(14).
- Alm, A. K. & Norbergh, K. G. (2013). Nurses' opinions of pain and the assessed need for pain medication for the elderly. *Pain Management Nursing, 14*(2), 31-38.
- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(Suppl 6), 206-224.
- Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, K. & Selbæk, G. (2012). Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag. *Tidsskr Nor Legeforen 132*(17), 1956 – 1959. doi:10.4045/tidsskr.12.0194
- Bjoro, K. & Herr, K. (2008). Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. *Clinics in Geriatric Medicine, 24*(2), 237-262.
- Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. T. Rustøen, & A. W. Klopstad (Red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 182-201). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Blomqvist, K. & Hallberg, I. R. (2001). Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies, 38*(3), 305-318.
- British Geriatrics Society. (2013). Guidelines on the management of pain in older people. *Age and Ageing, 42*(Suppl 1), 1-57.
- Brækhus, S. (2013). Juidiske aspekter ved demens. L. Gjerstad, T. Fladby, & S. Andersson (Red.), *Demenssykdommer. Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carlsen, L. B. (1991). Aldersdemente er kloke! En historie om sykepleiens og samtalens kunst. *Klinisk sygepleje*. (3. utg., s. 2-6).
- Closs, S., J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & Seers, K., A. (2004). Comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain and Symptom Management, 27*(3), 196-205.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer. (2009). *Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse*. Hentet 30.03.2015 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/>

- de Souto Barreto, P., Lapeyre-Mestre, M., Vellas, B. & Rolland, Y. (2013). Potential underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Pain*, 154(11), 2427-2431.
- Den Norske Legeforening. (2009). Retninglinjer for smertelindring. Hentet 18.05.2015 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/anestesi/anestesi-retningslinjer-for-smertelindring>
- Eide, H. & Eide, T. (2012a). Etikk og kommunikasjon. *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg., s. 99-113). Oslo: Gyldedal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2012b). Hva er hjelpende kommunikasjon? *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldedal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2012c). Kommunikasjon med eldre. *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg., s. 357-377). Oslo: Gyldedal akademisk.
- Erikson, M. G. (2010). *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Ferrell, B. A., Ferrell, B. R. & Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage*, 10(8), 591-598.
- Forsberg, C. & Wengstrom, Y. (2014). *Att gora systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*,(13).
- Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-138.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*,(24), 105-112.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Hentet 16.05.2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet 18.05.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsebiblioteket. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 17.02.2015 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon#>
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *Journal of Pain*, 12(3 Suppl 1), 3-S13.
- Herr, K., Bjørro, K. & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170-192.

- Herr, K. & Decker, S. (2005). Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment. *Annals of Long-Term Care*, 12(4), 46-52.
- Herr, K., McCaffery, M., Manworren, R. & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice. *Pain Manag Nurs*, 12(4), 207-219.
- Husebo, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Legeforen*, 19(129), 1996-1998.
- Husebo, B. S. & Sandvik, K. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien* 11.
- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Snow, A. L. & Ljunggren, A. E. (2007). Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal of Pain & Symptom Management*, 34(1), 67-80.
- ISAP. (2014). *Pain Taxonomy*. Hentet 26.04.2015 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A. & Lorem, G. F. (2013). Pain management for people with advanced dementia. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34.
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasalainen, S., Akhtar-Danesh, N., Hadjistavropoulos, T., Zwakhalen, S. & Verreault, R. (2013). A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Management Nursing*, 14(4), 106-114.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Knudsen, L. B. & Larsen, T. A. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(6).
- Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B. & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskr Nor Legeforen*, 5(128), 590-591.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. N. Kristoffersen, Jahren, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Gunnleggende sykepleie. Bind 1*. (2. utg., s. 282-333). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. Kristoffersen, Jahren, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (2. utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Pain assessment and pain management in patient with dementia: challenges and dilemmas. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33.

- Lindblom, U., Merskey, H. & Mumford, J. M. (1986). Pain-terms - a current list with definitions and notes on usage. *Pain*, 3, 215-221.
- Lovdata. (2001). *Helsepersonelloven*. Hentet 16.05.2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McAuliffe, L., Brown, D. & Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 219-226.
- McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognitions, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: UCLA Student's Store.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2005). Å pleie mennesker med smerter., *Smerter* (s. 46-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Midtbø, T. & Råholm, M. B. (2014). "Når autonomien blir den verste fienden for pasienten". H. Alvsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 193-205). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2012). Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse mv. O. Molven (Red.), *Sykepleie og jus* (s. 127-148). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere*. Hentet 18.05.2015 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/etikk/yrkesetikk/norsk-sykepleierforbunds-yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nygaard, H. A. & Jarland, M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter - selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskr Nor Legerforen*, 10(125), 1349 - 1351.
- Pettersen, R. C. (2011). *Oppgaveskrivningens ABC. Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, H. (Red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (2. utg, s. 79-90). Oslo: Gyldendal Akademsik.
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. A. Aambø (Red.), *Smerter - Smerteopplevelse og atferd.* (s. 127-142). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatriske sykepleie* (2. utg., s. 408-435). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Longe, J. H. & Kaasa, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Legerforen*, 13-14(1838-40).

- Szatkowski, K. S. (2004). *Demens, Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tarzian, A. & Hoffman, D. (2005). Barriers to Managing pain in the Nursing Home: Finding from a Statewide Survey. *Journal of the American Medical Directors Association* (16), 13-19.
- Torvik, K. (2013). Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge. *Senter for omsorgsforskning. Midt-Norge*, (Rapportserie nr. 2).
- Torvik, K. & Bjoro, K. (2008). Smerter hos eldre. T. Rustoen, & A. W. Klopstad (Red.), *Ulike tekster om smerte*. (s. 105-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K. & Bjøro, K. (2014). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 390-407). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Torvik, K., Brenne, I. K., Rognstad, M. K. & Nordtug, B. (2015). Pain-Assessment strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway. An cross-sectional survey. (in-press).
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, O. & Rustoen, T. (2010). Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11(1), 35-44.
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, O., Saltvedt, I., Holen, J. C., Fayers, P. & Rustoen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients-an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*, 10, 9.
- WHO. Hentet 16.05.2015 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Zwakhalen, S. M., van't Hof, C. E. & Hamers, J. P. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3009-3017.

Vedlegg nr 1: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Lillekroken & Slettebø (2013) Vård I Norden Sverige	Utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ	18 deltakere	Å være sykepleier å jobbe med pasienter med demens er både faglig spennende, men også utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring. Sykepleierne må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos pasientgruppen	Godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
de Souto Barreto <i>et al.</i> (2013) Pain Frankrike	Finne ut om demens og fraværet av smertevurdering i pasientens journal reduserer sannsynligheten for bruk av smertestillende.	Kvantitativ	6275	Studien viser at pasienter med demens bruker mindre medisiner enn pasienter uten demens.	Godkjent av etisk komité.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Hosebo et al. (2007) Journal of Pain & Symptom Management Norge	Beskrive utviklingen av MOBID smertekarleggings skjema og undersøke skjemaets pålitelighet og gyldighet hos pasienter med alvorlig kognitiv svikt.	Kvalitativ	26	Ved bruk av MOBID ble det registrert høyere smertescorer.	Godkjent av etisk komité

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Gilmore-Bykovskiy & Bowers. (2013) Research in Gerontological Nursing USA	Undersøke hvordan sykepleiere vurderer og tar beslutninger om å smertelindre pasienter med demens i sykehjem.	Kvalitativ	13	Studien viser at beboere uten demens har større sannsynlighet for å få smertestillende behandling fordi de kan argumentere for seg. Beboere uten demens som klager over smerte men som viser atferdsendring kan risikere å ikke få behandling.	Studien var fritatt fra vurdering da ingen identifiserbar pasient – eller sykepleier informasjon ble samlet inn.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltake re	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, et al. (2010) BMC Geriatrics Norge	Vurdere bruken av Doloplus-2 hos pasienter uten språk i sykehjem, og evaluere påliteligheten og gyldigheten ved å sammenligne sykepleierens vurdering av smerte med Doloplus -2.	Kvantitativ	77	Flere pasienter ble rapportert i å ha smerte ved bruk av Doloplus- 2 i motsetning til når sykepleierne ikke brukte noen hjelpemidler for å kartlegge smerten til pasienten.	Godkjent av etisk komitè.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Alm & Nordbergh (2013) Pain Managemen t Nursing Sverige	Undersøke sykepleierens personlige meninger om smerte og hvordan de vurderer behovet for smertestillen de medikament er, ved hjelp to ulike pasientcaser. Har Pasientens nonverbale uttrykk noen innflytelse på sykepleierens vurdering av smerte.	Kvalitativ	56	Studien viser at sykepleierne ved flere anledninger dokumenterte en lavere smertescore enn det pasienten faktisk hadde. De dokumenterte oftere sin egen vurdering av smerten til pasienten i stedet for å dokumentere hva pasienten selv rapporterte.	Ikke godkjent av etisk komité.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Jenssen, Tingvoll & Lorein. (2013) Norge Geriatrisk sykepleie	Å fokusere på erfaringer sykepleiere hadde fra å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.	Kvalitativ	5	Sykepleierens erfaringer med smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling. Studien viser at årsaken til det kan være vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende kunnskaper om demenssykdommer og manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskap elig datatjeneste.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Ahn & Horgas (2013) BMC Geriatrics USA	Undersøke effekten av smerte og forstyrrende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.	Kvantitativ	56 577	Smertealvorlighetsgraden til pasienten er ikke forbundet med økt vandrende atferd. Men smertealvorlighetsgraden til pasienten er forbundet med høyere forekomst av aggressiv/opphisset atferd.	

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Zwakhalen, van't Hof, & Hamers. (2012) Journal of Clinical Nursing Nederland	Undersøke muligheten for regelmessig smertevurdering ved hjelp av observasjonsskala hos pasienter med demens i sykehjem.	Kvalitati	22	Studien viser at observasjonssmerteskala er klinisk nyttig da 90 % av de planlagte smertevurderingene ble fullført og dokumentert av de ansatte.	

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Tovik, Brenne & Rognstad. (2015) Godkjent for publisering i Pain Management Nursing Norge	Undersøke bruken av ulike smertevurderingsverktøy i hjemmesykepleien og i sykehjem.	Kvantitativ	392	Smertevurderingsverktøy ble sjelden brukt i sykehjem og hjemmesykepleie. Verbale og numeriske skalaer ble brukt oftere i hjemmesykepleien enn i sykehjem. I sykehjem ble det oftere brukt standardiserte spørsmål for å avdekke smerten til pasienten sammenlignet med hjemmesykepleien.	Godkjent av etisk komité.

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Blomqvist & Hallberg. (2001) Internationa l Journal of Nursing Studies. Svergie	Belyse sykepleiere og eldre sine synspunkter om hvordan å gjenkjenne tilstedeværelsen av smerter til sykehjemspasienter.	Kvalitativ	66 + primærsykepleiere	Resultatet viser at identifisering av smerte er en kommunikativ interaktiv prosess basert på verbal og ikke-verbale uttrykk. Prosessen består av å forstå årsaken og hensikten med de ulike uttrykkene uttrykk for å identifisere tilstedeværelsen av smerte hos pasienten.	Etisk godkjent

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Kaasalainen, Akhtar-Danesh, Hadjistavropoulos, Zwakhalen, & Verreault. (2013) Pain Management Nursing Canada	Å evaluere fire smertevurderingsverktøy for bruk i sykehjem hos beboere som var både i stand og ikke i stand til rapportere sin smerte verbalt og vurdere hvorvidt smerte atferd som vises av LTC beboere varierer som en funksjon av evnen til selvrapporing smerte.	Kvantitativ	338	Bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy til pasienter som ikke kan rapportere sin smerte er nyttig. Ved bruk av observasjonsverktøy ble atferd i forbindelse med smerte hyppigere observert.	

Vedlegg nr 2: Tabell for vurdering av forskningsartikler

Tabell Vurdering av forskningsartikler. Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

Vedlegg nr 3: MOBID-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

Smerteatferd



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

Smertelyd
«Auk»
Sønner
Ynser sag
Gøper
Serker

Ansiktsuttrykk
Crimasener
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Slårer
Bodytør sag
Skjyer fra sag
Endringer i pusteh
Klymper sag

Smerteintensitet

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

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

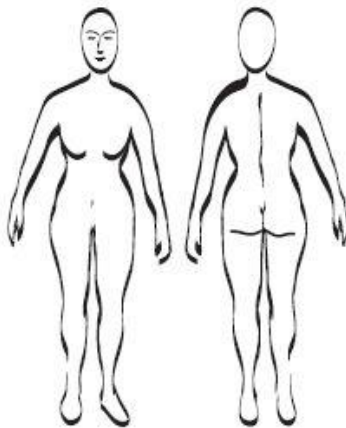
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gj en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vedlegg nr 4: Doloplus - 2

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Efternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 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 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten eksternt stimulans/kontakt)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		TOTALT			