



Bachelorgradsoppgave

Sykepleie og smertelindring.

Smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens i sykehus.

Nursing and Pain relief.

Pain mapping to hospitalized patients with advanced dementia.

Berit Synnøve Eide.

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie.
Avdeling for helsefag, Levanger.
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014.



HINT

Abstrakt.

Bakgrunn. Mange eldre pasienter lider av smerte, og opplever ofte å være utilstrekkelig smertelindret. Samtidig viser tall at Norge i løpet av 2040 vil ha ca. 135 000 personer med demens. Med demens forekommer ofte kognitiv svikt og nedsatt evne til å selvrappportere smerter. Det stiller krav til sykepleierens evne til å observere tegn til smerte. Til tross for dette, viser det seg at sykepleiere har manglende kompetanse innenfor smertekartlegging av pasientgruppen. **Hensikt.** Å belyse hvordan eldre pasienter med langtkommen demens kan oppnå tilstrekkelig smertelindring ved smertekartlegging, og hvilke faktorer som påvirker smertekartleggingen hos denne pasientgruppen. **Metode.** 12 artikler med kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode er anvendt i litteraturstudiet. Artiklene ble analysert for relevans etter hensikten, hvor resultatenes fellesnevner ble brukt som overskrifter i resultatdelen og resultatdiskusjonen. **Resultat.** Forskningsartiklenes resultater baserer seg på sykepleierens evne til observasjon av smerterelatert atferd, og deres kunnskaper og erfaringer innenfor smertekartlegging til pasienter med langtkommen demens. Hovedresultatene viser at sykepleierens kunnskap om smerterelatert atferd er avgjørende for smertekartlegging av pasientgruppen. **Diskusjon.** Diskusjonsdelen er delt i to deler. Resultatdiskusjonen diskuterer relevant litteratur opp mot funnene fra forskningsartiklene som er anvendt i litteraturstudiet. Metodediskusjonen omhandler en vurdering av arbeidet med studien. **Konklusjon.** Litteraturstudiet konkluderer med at kunnskapsnivået om smertekartlegging må økes blant sykepleiere. Dette er et ansvar som må prioriteres av sykepleieren selv og ledere i organisasjonen. For at dette skal bli prioritert, bør det utarbeides relevante retningslinjer for smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demens. Studiet konkluderer også med at det må foregå omgående forskning på dagens smertekartleggingsverktøy før de kan tas i bruk.

Nøkkelord: smertekartlegging, demens, nonverbal, kognitiv svikt, sykepleie.

Jeg vil gjerne få dedikere oppgaven til farmor Edit Synnøve Eide og farfar Olav Mikal
Bakken Eide.

Takk for deres inspirasjon, deres varme, omsorgsfulle hjerter, og for alt mot og all vilje dere
har tilført livet mitt.

Innhold

1.0. Innledning.....	1
1.1.Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2.Hensikt.....	3
2.0. Metode.....	4
2.1.Inkluderings – og ekskluderingskriterier.....	4
2.2.Datainnsamling.....	5
2.2.1. Håndsök.....	7
2.3.Analyseprosessen.....	7
2.4.Etiske overveielser.....	9
3.0. Resultat.....	10
3.1.Kunnskap om smerter hos eldre med langtkommen demens er nødvendig for smertelindring.....	10
3.2.God smertelindring avhenger av sykepleierens kunnskaper om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens.....	12
3.3.God smertekartlegging avhenger av rutiner og faglig refleksjon.....	13
4.0. Diskusjon.....	15
4.1.Metodediskusjon.....	15
4.2.Resultatdiskusjon.....	17
4.2.1. Kunnskap om smerter hos eldre med langtkommen demens er nødvendig for smertelindring.....	17
4.2.2. God smertelindring avhenger av sykepleierens kunnskaper om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens.....	22
4.2.3. God smertekartlegging avhenger av rutiner og faglig refleksjon.....	25
5.0. Konklusjon.....	30

Litteraturliste

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler.

Vedlegg 2: Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) Pain Scale.

Vedlegg 3: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI).

Vedlegg 4: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD).

Vedlegg 5: DOLOPLUS 2. Observasjonsbasert smerteskala for eldre.

Vedlegg 6: Mal for granskning av forskningsartikler.

Antall ord: 8 607.

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2013 var 71 000 personer i Norge med en form for demenssykdom. I tillegg viser tall fra samme år at ca. 250 000 – 300 000 er berørt av sykdommen som pårørende. Helse – og omsorgsdepartementet utviklet i 2007 en egen demensplan, hvor Norge var første land i Europa til å sette demens på en slik dagsorden. I forbindelse med ”Demensplan 2015” skal den oppfylle tilpassede botilbud, tilrettelagte dagaktiviteter og økt kunnskap og kompetanse omkring demens (Helsedirektoratet 2013). Tall fra planen viser at vi i løpet av 2040 vil ha ca. 135 000 personer med demens (Helse – og omsorgsdepartementet 2007). Tallene gjenspeiler hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i fremtiden, noe som stiller økte krav til kunnskap og kompetanse.

Demens er en ansamling av symptomer, og beregnes som et syndrom fremfor en sykdom. Demens diagnostiseres i Norge etter Verdens helseorganisasjons (WHO) ICD – 10 kriterier (International Classification of Diseases) for demens, hvor det skal:

- Foreligge svikt i minst to kognitive funksjonsområder hvor ett av dem skal være hukommelse, i tillegg til for eksempel dømmekraft, abstraksjonsevne eller tenkning.
- Den kognitive svikten skal være uttalt slik at det påvirker personens funksjon i dagliglivet.
- Pasientens klare bevissthet skal være påvirket, altså svekket bevissthetsnivå.
- Det skal foreligge svikt i minst ett ikke – kognitivt mentalt funksjonsområde, som for eksempel emosjonell kontroll og sosial atferd.
- Tilstanden skal ha en varighet på minst 6 måneder (Wyller 2011 og Engedal 2006).

Først og fremst gir demens kognitiv svikt, som påvirker evner som tenkning, sanseoppfatning (persepsjon), oppmerksomhet, hukommelse, læring, språk og problemløsning. Demens gir også ikke – kognitive mentale symptomer, APSD (atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer med demens), som depresjon, angst, vrangforestillinger, apati, manglende interesse, irritabilitet, døgnrytmeforstyrrelser og repeterende handlinger (Wyller 2011).

Årsaken til demens er som oftest sykdommer som forårsaker symptomene. De fleste tilfellene med et omfang på 60 – 70 % av pasienter med demens skyldes Alzheimers sykdom. Vaskulær

demens, demens med lewylegemer, frontotemporallappsdemens og alkoholisk demens følger etter. Til sammen står sykdommene for 95 % av alle demenstilfellene for pasienter med debut på demenssymptomer i en alder over 65 år. Studier viser at forekomsten av demens øker med stigende alder, og at risikofaktorer for demens ofte ligger hos hjerte – og karsykdommer. Forskning viser nemlig at det er en klar sammenheng mellom vaskulær demens og Alzheimers sykdom og hjerte – og karlidelser. Andre risikofaktorer som har vist seg å ha sammenheng med demenssykdommer er det kvinnelige kjønn, lav utdanning og langvarig depresjon (Wyller 2011).

Studier viser at 60 – 80 % av alle eldre i sykehjemssektoren lider av smerter, og at pasienter med demens får administrert mindre analgetika enn friske pasienter. Dette til tross for at begge gruppene har de samme diagnosene som kan utløse smerter. Med alderen øker kroniske smertediagnoser i forbindelse med blant annet skjelett, indre organer, muskler, hode og hud (Husebø og Sandvik 2011). Tall fra Tidsskrift for Den norske legeforening (2008) viser at oppimot 65 % av hjemmeboende eldre lider av kroniske smerter.

Smerte er en ubehagelig opplevelse av emosjonell og sensorisk art, som kommer av potensiell eller faktisk vevsødeleggelse. Smerte påvirkes av en rekke faktorer, hvor bare den som selv kjenner smerten er i stand til å kjenne hvor intens den er. Via spesialiserte reseptorer (nociseptorer) blir skade i vev registrert, hvor signalene ledes via nociseptive fibre som fanger opp informasjonen fra reseptorene. Informasjonen sendes til ryggmargens bakre horn, hvor signalene sendes videre til thalamus og videre til hjernen, hvor de blir tolket og lokalisert (Berntzen m.fl. 2011). Hjernen sender signaler tilbake ut til musklene og utløser en refleks, som gjør at kroppsdelene som er utsatt for smertestimuli trekker seg unna (Miller 2009). Tidsskrift for den norske legeforening (2008) viser til forskning som varsler at eldre er underbehandlet for smerter, til tross for at de er de største forbrukerne av smertestillende medikamenter. Med langtkommen demens forekommer kognitiv svikt, hvor selvrapporingsevnen svekkes (Wyller 2011). Forskning viser at sykepleiere og annet helsepersonell ikke gjenkjenner tegn til smerte hos pasientgruppen (Tidsskrift for den norske legeforening 2008). I følge ”Omsorgsplan 2015” er kompetanseheving nødvendig for å utfylle de kravene som stilles til helsearbeidere i fremtiden (Helsedirektoratet 2005 – 2006). Litteraturstudiet tilføyer sykepleiere nødvendig kunnskap om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens, og har høy, sykepleierfaglig relevans.

1.2. Hensikt.

På bakgrunn av det økende behovet for kunnskap om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens, vil litteraturstudiet *belyse hvordan eldre pasienter med langtkommen demens kan oppnå tilstrekkelig smertelindring ved smertekartlegging, og hvilke faktorer som påvirker smertekartleggingen hos denne pasientgruppen.*

2.0. Metode.

Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden skal gi gode data og belyse en problemstilling eller en hensikt på en faglig interessant måte (Dalland 2007). Denne oppgaven er basert på teori hentet fra vitenskapelige artikler og andre skriftlige kilder, et såkalt litteraturstudium (Pettersen 2011).

2.0. Inkluderings – og ekskluderingskriterier.

Litteraturstudiet tar utgangspunkt hos eldre pasienter med langtkommen demens, hvor kognitiv svikt gjør pasientene ute av stand til å selvrappportere smerter. Inkluderingskriterier for artiklene var derfor at pasientene skulle være ute av stand til å selvrappportere smerter med langtkommen demens som årsak. Noen artikler hadde pasienter med god kognitiv funksjon, men ble ansett som relevant da de ble brukt i sammenligning til pasienter med kognitiv svikt. Langtkommen demens er ofte et fenomen hos eldre pasienter over 75 år. De eldste av den eldre pasientgruppen ble derfor vektlagt blant inkluderingskriteriene. Artikler eldre enn 10 år ble ekskludert fra litteraturstudiet, da dette studiet tar utgangspunkt i nyere forskning for å belyse nåtidens mangler på kunnskap om smertekartlegging hos pasientgruppen. For å kunne anvende resultatene fra forskningsartiklene, var det viktig at artiklene var på et forståelig språk. Artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk språk var derfor et inkluderingskriterium.

I utgangspunktet omhandler litteraturstudiets hensikt smertekartlegging ved langtkommen demens i sykehussektoren, og er et inkluderingskriterium. Artikler hvor smertekartlegging er utforsket i sykehjemssektoren ble likevel ikke ekskludert fra studiet, da kunnskapen har høy relevans for kunnskapsutvikling for sykepleiere også i sykehus. Dette er nærmere beskrevet i resultatdiskusjonen i diskusjonskapittelet.

2.1. Datainnsamling.

Litteraturstudiet er et allment litteraturstudium, hvor man beskriver og analyserer valgte studier på en usystematisk måte. Forfatteren har et begrenset antall relevant forskning, hvor utvalget blir selektivt utvalgt etter egne standpunkter og forskjellige forskningsartikler innenfor samme område kommer frem til forskjellige resultater (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Ved innsamling av datamateriale til litteraturstudiet, skal man med utgangspunkt i materialet som er funnet vurdere om den svarer til oppgavens hensikt (Dalland 2007). Søkord er derfor valg ut fra litteraturstudiets hensikt, som står beskrevet i innledningen. Søkemotoren Medline ble for det meste brukt, en anerkjent database med medisinske og helserelevante journaler, inkludert sykepleierfaglige artikler (Polit og Beck 2011). I tillegg ble Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) og Sykepleien.no anvendt som søkemotorer, da disse inneholder flest artikler innen sykepleierrelatert forskning. I følge Polit og Beck (2011) er CINAHL en viktig database, da den viser til alle engelskspråklige sykepleierrelaterte og helserelevante journaler, bøker og avhandlinger. Google Scholar og PubMed ble også anvendt, hvor artikler funnet i de nevnte søkemotorene ble søkt opp for å finne dem i fulltekst.

De mest brukte søkeordene i artikkelsøket var *pain, cognition disorders, geriatric assessment og dementia*. I følge Dalland (2007) vil en problemstilling eller en hensikt være nyttig for å kunne begrense søket etter artikler. Søkordene som ble anvendt ble satt sammen i ulike kombinasjoner med "OR" og "AND" i søkemotorene. Deretter ble abstrakt på artiklene lest i fra mulig relevans for litteraturstudiets hensikt, inkluderings – og ekskluderingskriterier.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategi.

Database.	Avgrensning.	Søkeord.	Antall treff.	Forkastet.	Antall utvalgte.	Antall utvalgte for dypere gransking.	Inkluderte.
Medline. 27.01.14.	Ikke eldre enn 10 år gammel.	Geriatric Assessment AND Pain AND Cognition Disorders.	58.	30*. 15**.	10***.	3.	2.
Medline. 28.01.14.	2005 – Current.	Pain Measurement AND Cognition Disorders AND Geriatric Assessment.	27.	15*. 8**.	3***.	1.	1.

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler.

** : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt.

***: antall artikler som er lest i sin helhet.

2.1.1. Håndsök.

I litteraturen nevnes håndsök som ”snøballmetoden”, som i utgangspunktet betyr å spørre informanter i forskningen om de kan referere til andre som inngår i inkluderingskriteriene (Forsberg og Wengstrøm 2013 og Polit og Beck 2011).

4 av 12 artikler ble funnet via snøballmetoden, hvor artiklene ble brukt i annen relevant forskning eller litteratur og anvendt i litteraturstudiet. ”Pain assessment in persons with dementia: relationship between self – report and behavioural observation” av Horgas m.fl. (2009) og “Registered Nurses’ View of Performing Pain Assessment among Persons with Dementia as Consultant Advisors” av Karlsson m.fl. (2012) ble funnet fra referanselisten i “Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer” av Lillekroken og Slettebø (2013) og søkt opp i PubMed. ”Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia Pain Scale (MOBID): Development and validation of a Nurse – Administered Pain Assessment Tool for use in Dementia” av Husebo m.fl. 2007 og ”Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) pain scale in a clinical setting av Husebo m.fl. 2009 ble funnet i Karin Torviks rapport om “Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester I Midt – Norge” fra 2013.

2.2. Analyseprosessen.

Analyse vil si et granskningsarbeid hvor en prøver å finne ut hva datamaterialet som er samlet inn forteller (Dalland 2007). Etter nøyere gransking ble 12 artikler valg ut, hvor de ulike resultatene ble analysert. Innholdet i artiklene ble deretter satt i tabell er (vedlegg 1). Til slutt ble resultatene kodet og kategorisert som subkategorier og systematisert i en annen tabell, se tabell 2. Subkategoriene for hver artikkel ble sammenlignet og satt sammen til kategorier, som representerte tema eller hovedfunnene for artiklene. Kategoriene ble senere brukt som temaoverskrifter i resultatdelen og videre i resultatdiskusjonen. Slik analyse kalles innholdsanalyse (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Tabell 2: Eksempel på analyse av inkludert artikkel.

Ulike tema i forskningsartikkelen.	Subkategori.	Kategori.
<p>Pasienter med kognitiv svikt rapporterer mindre smerte enn kognitivt intakte.</p> <p>Postoperativ smerteintensitet oftere observert hos kognitivt intakte pasienter.</p> <p>Kognitivt svekkede pasienter fikk mer/ sterkere doser med smertestillende.</p> <p>Mener at årsak til at kognitivt svekkede pasienter får mer og sterkere doser av smertestillende, er større fokus på smertelindring hos eldre med demens.</p> <p>Smertekartlegging av demente må være multidimensjonal for å kunne dekke alle tegn på smerte.</p>	<p>Forskningen viser at smerte hos pasienter med kognitiv svikt observeres sjeldnere enn hos kognitivt intakte pasienter, og at kognitivt svekkede pasienter ofte ikke rapporterer smerte.</p> <p>Forskningsartikkelen viser til at kognitivt svekkede pasienter får mer og ofte sterkere doser enn kognitivt intakte pasienter. Forskerne mener at årsak til dette var at det er økt fokus på smerte og smertelindring hos pasienter med demens.</p> <p>Skal pasienter med demens få tilstrekkelig kartlegging, vil en multidimensjonal kartlegging være nødvendig for å kunne dekke alle tegn på smerte.</p>	<p>Kunnskap om hvordan kognitiv svikt påvirker pasientens selvrappotering av smerte viktig.</p> <p>Økt fokus på smerte og smertelindring kan føre til tilstrekkelig smertelindring hos pasienter med demens.</p>

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

2.3. Etiske overveielser.

Dette litteraturstudiet har brukt resultater fra vitenskapelige artikler som har anonymisert dataene brukt i deres studie. Anonymiserte opplysninger vil si at en ikke kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale gjennom verken navn, personnummer, indirekte gjennom

bakgrunnsopplysninger eller navneliste (Dalland 2007). Dette er høyst lagt vekt på, da informantene oftest er pasienter med langtkommen demens og kognitiv svikt som ikke har evne til å ta et selvstendig standpunkt i det som det forskes på. I følge Dalland (2007) vil slike pasienter ivaretas ved at personer som kjenner eller har ansvar for pasienten, kan hjelpe når samtykkekompetansen er svekket. Artiklene som er anvendt i studiet er funnet på anerkjente databaser, som vurderer publiserte artikler opp mot etiske overveielser (Polit og Beck 2011).

Forskningsetikk handler om å kunne vinne ny kunnskap uten at det skjer på enkeltpersoners integritet og velferd. Når man planlegger oppgaveskriving, bør en stille seg spørsmålet om hvem som vil ha nytte av de nye kunnskapene vi prøver å anskaffe (Dalland 2007). Dette litteraturstudiet har lagt vekt på å anskaffe kunnskap om hvordan sykepleiere ved bruk av smertekartleggingsverktøy kan lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens. Litteraturstudiet kommer demente pasienter til gode med tanke på at studiet tilfører kunnskap om tilstrekkelig smertelindring. Samtidig gir studiet sykepleiere kunnskap om hvordan de skulle kunne utfylle kravene til sykepleieutøvelse til denne pasientgruppen. Resultatene som fremkommer i litteraturstudiet vil også kunne anvendes av både nasjonale – og internasjonale myndigheter. For å ivareta god forskningsetikk, er det henvist til resultatene og litteraturen som er anvendt i litteraturstudiet i løpende tekst og i litteraturlisten. Selv om enkelte artikler ikke svarte direkte til litteraturstudiets hensikt, ble noen likevel anvendt og ansett som relevant i studiet.

3.0. Resultat.

3.1. Kunnskap om smerter hos eldre med langtkommen demens er nødvendig for smertelindring.

Flere studier viser at eldre pasienter lider mye av smerte (DeWaters m.fl. 2008, Horgas m.fl. 2009, Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009, Mosele m.fl. 2012 og Torvik m.fl. 2009).

Likevel viser enkelte studier at mange eldre pasienter, tross selvrapportert smerte, ikke har foreskrevet smertestillende medikamenter. Dette gjelder både i sykehussektoren (Mosele m.fl. 2012) og ved sykehjem (Gran m.fl. 2013 og Torvik m.fl. 2009). Forskning av Torvik m.fl. (2009) viser at pasienter som var i stand til å selvrapportere smerte, oftere hadde foreskrevet smertestillende medikamenter enn pasienter som ikke kunne selvrapportere. Resultater fra en forskningsartikkel av Horgas m.fl. (2009) viser derimot til at kognitivt svekkede pasienter får sterkere doser smertestillende enn kognitivt intakte pasienter, og at kognitivt svekkede pasienter sjeldnere rapporterte smerte. De tolker resultatet i forskningen som resultat av økt fokus på smertelindring hos demente pasienter. Resultater viser også at pasienter, tross foreskrivning av smertestillende medikamenter, opplever mye smerte (Gran m.fl. 2013).

Noen forskningsartikler påpeker at mye av grunnen til at mange eldre pasienter med kognitiv svikt ikke har foreskrevet smertestillende medikamenter, er mangel på kunnskap blant sykepleiere. I en norsk studie av Hølen m.fl. (2005), oppdaget de blant annet at sykepleiere ofte overser tegn på smerter hos demente pasienter. Dette fremkommer også i en annen norsk studie av Husebo m.fl. (2007), som avdekker at sykepleiere ofte overser smerteindikatorer i blant annet stellsituasjoner og ved mobilisering ut av seng. I en senere studie av Husebo m.fl. (2009), fremkom det også at mangel på kunnskap blant sykepleiere gjorde at smerte ikke ble registrert hos demente pasienter. Resultater fra norsk forskning viser til at sykepleierne som deltok i studien hadde kunnskap om at eldre pasienter lider av smerte og ofte er underbehandlet. Til tross for det var de usikre på hvordan de skulle kartlegge smertene, noe som førte til at smertelindrende tiltak ofte ble tilfeldig foretatt (Lillekroken og Slettebø 2013). I følge en norsk studie av Gran m.fl. (2013) viser resultatet at sykepleierne gir for lite smertestillende til eldre pasienter på grunn av redsel for bivirkninger. Flere forskningsartikler viser derimot at sykepleierens kunnskaper om observasjon avhenger av om en kjenner

pasienten. Forskningsartikler som undersøkte validiteten av dagens observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy brukte sykepleiere som kjente pasientene eller som hadde jobbet med eldre pasienter i lang tid (Ersek m.fl. 2010, Horgas m.fl. 2009, Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009, Hølen m.fl. 2005 og Lints – Martindale m.fl. 2012).

Resultater fra en forskningsartikkel av Mosele m.fl. (2012) viser at de eldste eldre ofte lider av kognitiv svikt i tillegg til smerter. Med kognitiv svikt, oppdages det i flere studier at evnen til å selvrappportere smerte, svekkes (Horgas m.fl. 2009 og Torvik m.fl. 2009). Forskningen viser også at kognitivt svekkede pasienter ofte rapporterer smerte via atferd (DeWaters m.fl. 2008, Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009, Hølen m.fl. 2005 og Lints – Martindale m.fl. 2012). Resultat fra forskning viser at atferd ikke påvirkes av ytre miljøfaktorer og interpersonlige faktorer (emosjonelle følelser, depresjon o.l.), som selvrapportert smerte gjør, og atferd ses derfor på som en viktig indikator på smerte (Lints – Martindale m.fl. 2012). Smerteintensitet forbindes i følge forskningen med hvor ofte en registrerer smerterelatert atferd hos den demente pasienten (Horgas m.fl. 2009 og Husebo m.fl. 2007). De viktigste tegn til smerterelatert atferd er ansiktsuttrykk, at pasienten forsvarer seg selv mot personalet og ynking (DeWaters m.fl. 2008, Lints – Martindale 2012 m.fl., Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009 og Hølen m.fl. 2005).

Resultatet viser at sykepleiere ikke dokumenterer om smertestillende medikamenter har effekt på pasienten. Sykepleiere dokumenterer heller ikke på hvilket grunnlag de gir smertestillende medikamentene. Dette er i følge forskning tegn på mangel på kunnskap omkring smerte hos eldre pasienter med demens og kognitiv svikt. Dette vil ha konsekvenser for smertekartlegging, da dokumentasjon av hvilke effekt smertestillende medikamenter har og hvilket grunnlag sykepleierne velger å gi smertestillende på, er viktig i utviklingen av gode smertekartleggingsverktøy hos demente pasienter (DeWaters m.fl. 2008).

3.2. God smertelindring avhenger av sykepleierens kunnskaper om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens.

I forbindelse med smertekartlegging av demente pasienter med kognitiv svikt, brukes observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i pasientens atferd i tolkningen om pasienten har smerter. Flere forskningsartikler viser derfor til at sykepleiere må kunne observere atferdsmessige faktorer for å kunne bruke smertekartleggingsverktøy hos kognitivt svekkede pasienter (DeWaters m.fl. 2008, Ersek m.fl. 2010, Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009, Hølen m.fl. 2005, Lints – Martindale m.fl. 2012 og Mosele m.fl. 2012). Mens resultater fra forskning av Mosele m.fl. (2012) viser at det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia, vedlegg 4) er et validt verktøy, viser derimot forskning av Ersek m.fl. (2010) at både PAINAD og CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators, vedlegg 3) ikke egner seg alene som smertekartleggingsverktøy hos demente med kognitiv svikt, men som en del av et multidimensjonalt verktøy. Andre resultater viser at observasjonsbaserte verktøy som Doloplus – 2 (vedlegg 5) og MOBID og MOBID – 2 (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 Pain Scale, vedlegg 2) er gode verktøy (Husebo m.fl. 2007 og Husebo m.fl. 2009 og Hølen m.fl. 2005). Alle studiene ble utført i sykehjem. I en studie av DeWaters m.fl. (2008) validerte de PAINAD som et godt verktøy ved smertekartlegging av demente, hospitaliserte pasienter med nedsatt evne til å kommunisere.

I en norsk studie gjort av Lillekroken og Slettebø (2013), fremkommer det at sykepleiere har liten eller ingen kunnskap om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og bruken av disse, noe som førte til at valg av smertelindrende tiltak ble tilfeldig foretatt. Forskning av Ersek m.fl. (2010) og Hølen m.fl. (2005) viser til at sykepleiere trenger opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy før disse kan brukes. Behovet for kunnskap om smertekartlegging fremheves også i forskning av Gran m.fl. (2013), da studien viste at eldre pasienter ikke får tilstrekkelig smertebehandling. Resultater viser derimot til at sykepleiere har kunnskap om noen smertekartleggingsverktøy, men at de ikke vet hvordan de skal benyttes i kartleggingen av smerte hos eldre, demente pasienter (Lillekroken og Slettebø 2013).

På bakgrunn av resultatene anbefaler de derfor at kognitiv screening blir gjort av alle eldre pasienter, spesielt de hospitaliserte. Kognitiv screening er gjort i flere forskningsartikler i forbindelse med utvikling av forskjellige smertekartleggingsverktøy (DeWaters m.fl. 2008, Ersek m.fl. 2010, Horgas m.fl. 2009, Husebo m.fl. 2007, Husebo m.fl. 2009, Hølen m.fl. 2005, Lints – Martindale m.fl. 2012, Mosele m.fl. 2012 og Torvik m.fl. 2009).

I smertekartleggingsarbeidet viser resultater av forskning at pasienter med langtkommen demens trenger et multidimensjonalt smertekartleggingsverktøy for å bli tilstrekkelig smertelindret. Smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig i dag ikke dekker alle tegn på smerte (Ersek m.fl. 2010 og Horgas m.fl. 2009). Flere forskningsartikler påpeker at det må forskes mer på smertekartleggingsverktøyene for å kunne skape kartleggingsverktøy som er tilstrekkelige (DeWaters m.fl. 2008, Horgas m.fl. 2009, Husebo m.fl. 2009, Hølen m.fl. 2005, Lillekroken og Slettebø 2013, Mosele m.fl. 2012 og Torvik m.fl. 2009), og at kartleggingen bør gjøres over tid (Husebo m.fl. 2009). Mangel på kunnskap om smertekartlegging hos eldre pasienter vil kunne føre til at smertelindrende tiltak foretas tilfeldig (Lillekroken og Slettebø 2013).

I en forskningsartikkel av DeWaters m.fl. (2008), viser de til at kognitivt svekkede pasienter kan oppgi smerte fra 0 som ingen smerte, til 10 som verst tenkelige smerte.

3.3. God smertekartlegging avhenger av rutiner og faglig refleksjon.

Forskning viser at dokumentasjon av smertekartleggingsarbeidet som gjøres er viktig for å forbedre smertekartleggingen hos eldre, demente pasienter (DeWaters m.fl. 2008 og Karlsson m.fl. 2012). Sykepleiere dokumenterer ikke hvorfor smertestillende blir gitt (DeWaters m.fl. 2008). I tillegg dokumenterer de ofte hva andre har observert fremfor å observere smerterelatert atferd hos demente pasienter på egen hånd (Karlsson m.fl. 2012). Pasientens kognitive tilstand ofte er dårlig dokumentert (Licht m.fl. 2009). Forskning viser at sykepleiere ønsker rutiner smertekartlegging av demente pasienter for at de skal kunne bli tilstrekkelig smertelindret (Lillekroken og Slettebø 2013). For å oppnå tilstrekkelig smertelindring, er det i

følge forskning av Gran m.fl. (2013) også nødvendig med standardiserte retningslinjer for smertebehandling av eldre.

Det fremkommer i en forskningsartikkel av Karlsson m.fl. (2012) at en travel arbeidsdag fører til at smertekartlegging av demente pasienter blir vanskelig. Sykepleierne i studien forklarte at tidspress og mangel på rutiner førte til at de dokumentert hva andre hadde observert fremfor å ta seg tid til og observere smerteatferd på egen hånd. I tillegg fremkommer det i studien at sykepleierne savnet og ikke å ha tid til faglig refleksjon med andre sykepleiere omkring temaet for å sette fokus på smertelindring og smertekartlegging og øke kunnskapsnivået. Økt fokus vil i følge forskning føre til at pasienter med demens mulig blir tilstrekkelig smertelindret. Dette fordi det førte til at eldre demente fikk sterkere doser smertestillende ved mistanke om smerter (Horgas m.fl. 2009). Travel arbeidsdag fremkommer også som et problem, og sykepleiere etterlyser rutiner for smertekartlegging for at demente pasienter skal få den smertelindrende behandlingen de har behov for (Lillekroken og Slettebø 2013).

4.0. Diskusjon

4.1. METODEDISKUSJON.

Litteraturstudiet skulle bestå av 10 000 ord med et antall på 12 – 15 artikler til disposisjon, med begrenset skriveperiode. Med begrenset tidsperiode ble det derfor avsatt 3 uker til artikkelsøk, og de artiklene som ble funnet gjennom denne perioden ble anvendt i studiet. Dette kan påvirke resultatet, med tanke på at litteraturstudiet trekker konklusjoner ut fra få artikler med relativt få ord og skrive resultatene på.

I søkeprosessen ble 8 artikler funnet ved å sette sammen ulike kombinasjoner av emneord. I starten av søkeprosessen ble selvvalgte søkeord brukt i søket for å finne emneord eller MeSH – termer i søkemotorene som kunne kombineres. Etter hvert som søkeprosessen foregikk, dukket det opp andre relevante emneord som var gjennomgående i artiklene som ble plukket ut. Disse ble også brukt i litteratursøket. Ordene ble skrevet opp i eget dokument, slik at de kunne brukes om igjen i andre kombinasjoner. Ettersom Medline var den søkemotoren studentene ved sykepleierutdanningen HiNT Levanger er mest kjent med, ble det mest naturlig at Medline var foretrukket av andre søkemotorer. 4 av 12 artikler ble funnet via håndøk. Disse artiklene ble ansett som gode, og de ble funnet i relevante artikler eller litteratur som er anvendt.

Gjennom søkeprosessen ble artiklene som ble ansett som relevant etter leste abstrakt, lest over flere ganger og kvalitetsgransket før de ble inkludert. Kvalitetsgranskningen ble gjort via skjema for gransking fra HiNT Levanger (vedlegg 6).

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) behøver erfaringsbasert kunnskap å tydeliggjøres og integreres i det evidensbaserte arbeidssettet sykepleieren jobber i. For å fremme sykepleierens egne erfaringer og kunnskaper omkring smertebehandling av pasienter med langtkommen demens, ble det under søkeprosessen ble det lagt vekt på at artiklene hadde sykepleierperspektiv. Artikkelen ”Psychometric Properties of the Pain Assessment in

Advanced Dementia Scale Compared to Self Assessment of Pain in Elderly Patients” av Mosele m.fl. (2012) hadde noe uklart perspektiv, da artikkelen ikke redegjør for hvem som deltok som informanter i studien. Artikkelen forklarer at helsearbeidere ved universitetet ble brukt som informanter, og det er derfor antatt at sykepleiere var delaktig i datasamlingsprosessen.

Det var vanskelig å analysere om artiklene var av kvalitativ eller kvantitativ art. De fleste artiklene trekker resultater fra tallanalyse, som er av kvantitativ art. Samtidig er datamaterialet hentet fra observasjoner gjort av sykepleiere og forskerne selv via observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, som gjør artiklene til kvalitativ art. Derfor ble 8 artikler som anvendte slike metoder ansett som kombinasjonsartikler, med både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. De resterende artiklene besto av 2 kvalitative og 2 kvantitative studier. Både de kvantitative og de kvalitative studiene anvender sykepleierens erfaringer og kunnskaper som svarer til litteraturstudiets hensikt.

Artiklene som er anvendt i litteraturstudiet viser til forskning fra vestlige land. Resultatene er derfor sammenlignbare, da informantene som er brukt i artiklene er sykepleiere med offentlig godkjenning. Resultatene er også sammenlignbare da sykepleierne som deltok som informanter hadde grunnutdanning innen sykepleie, og sjeldent videreutdanning innen geriatrisk sykepleie.

Resultatene fra forskningsartiklene er diskutert opp i mot relevant litteratur som ikke er eldre enn 10 år gammel. Samtidig ble de diskutert opp mot norske retningslinjer, lovverk og offentlige utredninger. Litteraturstudiet tilfører derfor kunnskap som gjenspeiler seg fra nåtidens og fremtidige utfordringer, og er høyst aktuelt for sykepleierutøvelse. Mesteparten av litteraturen som er anvendt er primære kilder, som vil si selve originalen eller førstehåndskilden (Bjørk og Solhaug 2008). Grunnet begrenset tidsrom eller at det var vanskelig å spore opp de primære kildene, ble sekundærkilder tatt i bruk. Sekundærkilde vil si materiale som er bearbeidet og hentet fra en primærkilde (Bjørk og Solhaug 2008). Sekundærkildene ble hentet fra litteratur som opptrådte som troverdig og relevant.

10 av 12 artikler litteraturstudiet baserer seg på er skrevet på engelsk og oversatt til norsk før de ble analysert. Bruk av artikler med noe ukjent fagterminologi kan ha medført misforståelser i oversettelsen fra engelsk til norsk.

4.2. RESULTATDISKUSJON

Resultatene viste blant annet at 1. kunnskap om smerter hos eldre med langtkommen demens er nødvendig for smertelindring., 2. god smertelindring avhenger av sykepleierens kunnskaper om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens og 3. god smertekartlegging avhenger av rutiner og faglig refleksjon. Resultatdiskusjonen vil derfor være strukturert etter funnene i resultatet. Siden resultatene går over i hverandre, vil noen resultater derfor være under flere av resultatoverskriftene i diskusjonsdelen. I og med at det allerede er henvist til forskningsartiklene i resultatdelen (se punkt 3.0. "Resultat"), vil det ikke være referert til disse i diskusjonsdelen. Henvisninger til resultatdelen vil falle under setninger som starter med "Forskning viser" eller "Resultater viser".

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan eldre pasienter med langtkommen demens kan oppnå tilstrekkelig smertelindring ved smertekartlegging, og hvilke faktorer som påvirker smertekartleggingen hos denne pasientgruppen.

4.2.1. Kunnskap om smerter hos eldre med langtkommen demens er nødvendig for smertelindring.

I følge Miller (2009) er selvrapporing en viktig faktor i smertelindrende behandling. På denne måten kan man identifisere om pasienten føler bedring eller forverring av smertene. Resultater fra forskning viser at evnen til å selvrapporere smerte svekkes ved kognitiv svikt. Denne pasientgruppen blir derfor en av de mest sårbare, og er oftest underbehandlet for smerte. I følge Ebersole m.fl. (2008) er det derfor viktig at selv om smerter ikke ses på som en

del av normal aldringsprosess, lider likevel mange eldre av det. Årsakene til manglende smertelindring skyldes i følge forskning at sykepleiere ikke oppfatter tegn til smerte. Når selvrappoteringssevnen er svekket, vil en i følge forskning registrere smerteatferd via ansiktsuttrykk, ynking, agitasjon, søvnevansker og dårlig matlyst hos pasientgruppen. Konsekvensene av dårlig smertelindring er i følge Herr og Decker (2006) blant annet søvnforstyrrelser, depresjon, angst, immobilitet, hjelpsløshet og isolasjon fra sosiale og relasjonelle omgivelser (Ebersole m.fl. 2008). I tillegg forbinder Shillam (2005) sinne med mangel på smertelindring (Miller 2009). Det er derfor viktig at sykepleiere er i stand til å se tegn til smerte hos disse pasientene. Det er viktig at en gjør en grundig smerteanamnese av disse pasientene. Smerteanamnese er å undersøke pasientens smerter med tanke på varighet, lokalisasjon, forhold som forverrer eller som lindrer smertene, samt hvordan pasienten responderer på smertebehandling (Wyller 2011). Smerteanamnese kan være vanskelig å kartlegge hos kognitivt svekkede pasienter, og derfor bør sykepleieren kjenne til tegn på smerter hos demente for å kunne smertekartlegge pasientene.

I en fagartikkel av Nortvedt m.fl. (2013), kartla de at sykepleiere følte de manglet kunnskap om Eldres smerte, noe som også bekreftes i forskning av Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013). Forskning påpeker også at sykepleiere overser tegn på smerter hos demente pasienter med kognitivt svikt ved mangel på kunnskap. Dette fører til at smertelindrende tiltak ofte blir tilfeldig foretatt. I følge Hanks – Bell m.fl. (2004) og Shillam (2005) er manglende kunnskap en barriere for smertelindring og smertekartlegging. Dette blant annet fordi sykepleiere tror at eldre har høy smertetoleranse, at de ikke tåler opioider og dermed unngår å gi. De tror også at eldre med demens og kognitivt svikt opplever mindre smerter enn kognitivt intakte (Ebersole 2008 og Miller 2009). En studie viser til at gode, faglige kunnskaper er viktig for å kunne videreformidle relevante opplysninger til både sykepleiere og leger. Slik kommunikasjon har betydning for kartlegging og smertelindrende tiltak til pasienten (Jenssen m.fl. 2013).

Forskning viser at mangel på kunnskap om eldre med demens og kognitivt svikt har konsekvenser for valg av smertestillende medikamenter. I følge Shillam (2005) er smertestillende medikamenter en viktig faktor i smertelindringen hos eldre pasienter (Miller 2009). En norsk fagartikkel viser til forskning gjort av Cunningham (2006) og Husebo m.fl. (2008), hvor demente pasienter med kognitivt svikt får mindre analgetika enn pasienter som er kognitivt intakte, tross de samme smertefulle diagnosene (Sandvik og Husebø 2011). Grunnet

mangel på kunnskap unngår sykepleiere å gi smertestillende medikamenter grunnet redsel for bivirkninger. Annen forskning viser derimot at kognitivt svekkede pasienter ofte får sterkere smertestillende medikamenter enn de kognitivt intakte, og ser på dette som et tegn på økt fokus innen smertelindring av pasientgruppen. Av erfaring er sterkere smertestillende ofte gitt for å smertelindre pasientene tilstrekkelig, og det kan derfor tenkes at slike tiltak skyldes kunnskapsmangel. Dette kan i følge forskning føre til overdosering. Manglende kunnskap kan i følge forskning også føre til at sykepleiere ikke dokumenterer på hvilket grunnlag de velger å gi smertestillende medikamenter på og om de har noen effekt. En kan da stille seg spørsmålet om sykepleiere som unngår å dokumentere, bryter med Helsepersonelloven (1999). I følge § 39 har helsepersonell plikt til å føre journal, hvor § 40 stiller krav til at helsepersonell har skal føre inn de nødvendige opplysningene om helsehjelpen. Wyller (2011) understreker at oppfølging om pasienten har effekt av smertestillende er viktig for tilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere skal derfor dokumentere når og hvorfor smertestillende gis. Dette avhenger av sykepleierens evne til å oppfatte smerterelatert atferd.

Sykepleiere bør unngå å se på atferdsendringer som atferdsforstyrrelse i forbindelse med demens og kognitiv svikt, men som mulige tegn på smerteatferd (Wyller 2011). Resultater viser at det er viktig at sykepleieren kjenner pasientene. I følge Nygaard (2012) oppdages atferdsendringer forbundet med smerte enklere når en kjenner pasienten godt. Dette bekreftes i forskning av både Hanks – Bell m.fl. (2004) og Herr og Decker (2004), da observasjonene av atferdsendringene blir gjort best av en som har kjennskap til pasienten (Ebersole m.fl. 2008). Ved innleggelse i sykehus kjenner ofte ikke sykepleiere ved avdelingen til pasienten. I og med at de fleste pasientene med langtkommen demens er innlagt på sykehjem eller har hjemmesykepleie, er det viktig at det opprettes et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten hvor pasienten er, og spesialisthelsetjenesten. Miller (2009) understreker at det er viktig at minst en primærsykepleier eller annet helsepersonell som kjenner pasienten, deltar i planlegging av pleie hos demente pasienter som er innlagt i sykehus.

I 2008 ble ”Nasjonalt Meldingsløft” opprettet, hvor ”Elektronisk Meldingsutveksling” (EM) ble introdusert. EM er et prosjekt påbegynt fra og med 2008 og ble evaluert i 2011. I følge Helsedirektoratet (2013) er EM et viktig virkemiddel for å kunne oppnå

samhandlingsreformens mål om helhetlig pasient – og brukerforløp, og retten på behandling til riktig tid og på rett sted. Kommunehelsetjenesten, fastlegene og spesialisthelsetjenesten skal via EM kommunisere med hverandre. I 2012 kom forslaget om endringer i Helseregisterloven, hvor Helse – og omsorgsdepartementet la frem et ønske om opprettelse av nasjonal kjernejournal. Evalueringen av ”Nasjonal Meldingsløft” i 2011 fastslo at det totale behovet for å kommunisere mellom helsepersonell ikke fungerte med dagens kommunikasjonsmåter:

”Det er imidlertid konstatert helsefaglige behov for en løsning som gir helsepersonell og pasienter rask tilgang til et begrenset informasjonssett på tvers av nivåer og organisasjoner i helsetjenesten. Departementets forslag innebærer at et begrenset sett vesentlige helseopplysninger om pasienten sammenstilles og gjøres tilgjengelige gjennom en nasjonal kjernejournal, på tvers av virksomhetsgrenser og forvaltningsnivå. Dette omfatter blant annet legemiddelopplysninger og annen klinisk informasjon om allergier, implantater, relevante kroniske tilstander m.v.” (Helse – og omsorgsdepartementet 2012).

Denne satsningen, hvor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider via en felles pasientjournal, kan mulig være en nøkkel til at pasientgruppen skal få tilstrekkelig smertekartlegging. En kan se for seg at sykehjemmet kan legge til opplysninger om smertekartlegging som er gjort ettersom de kjenner pasienten best, slik at sykehuset kan ta nytte av dette i videre kartlegging av smerter hos pasienten.

Å trekke inn pårørende i planleggingen er også en mulighet. En forskningsartikkel hvor de intervjuet sykepleiere i forbindelse med utfordringer for smertevurdering av pasienter med langtkommen demenssykdom, viste at godt samarbeid med pårørende er viktig for å sikre god smertevurdering, da deres kunnskap om den demente ble verdifull (Jenssen m.fl. 2013). Dette bekreftes også i en studie som viser til at samarbeid mellom blant annet sykehus og pårørende var en av betingelsene for å bedre kvaliteten på pleien til pasientene (Paulsen m.fl. 2004).

Mens ”De Yrkesetiske Retningslinjene for Sykepleiere” viser til at sykepleiere blant annet skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund 2011), er det hjemlet i lovverket at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient – og brukerrettighetsloven 1999, § 2 – 1 b). En kan tenke seg til at opplysninger fra helsepersonell eller pårørende som kjenner til pasienten, vil tilføre kunnskap som kan gjøre det enklere å kommunisere og bygge en relasjon mellom sykepleierne i sykehuset og pasienten. Det stilles likevel krav til kunnskap om kognitiv svikt og nonverbal kommunikasjon for å være i tråd med retningslinjene og lovverket, da det er avgjørende for en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. En slik faglig kompetanse fører til god samhandling og relasjonsbygging med pasientene, da den gjør sykepleierne trygge når de kommuniserer med pasientene (Sjåstad m.fl. 2013). En god relasjon vil i følge Joyce Travelbee (1971) gjøre sykepleieren i stand til å gjennomføre formålet med pleien som ytes (Eide og Eide 2011). Dette understrekes også av Shillam (2005), som ser på utvikling av en god relasjon som et prinsipp innenfor smertebehandling hos eldre personer med kognitiv svikt (Miller 2009).

Selv om resultater viser at norske sykepleiere har lite kunnskap om smertelindring hos eldre, viser både forskning og en norsk fagartikkel av Klette m.fl. (2014) at sykepleiere har kunnskap som er nyttig i helsefremmende pleie. Lignende resultater uttrykkes også i en norsk rapport av Torvik (2013). I rapporten ble helsepersonell stilt spørsmål om sin kompetanse omkring behandling av smerter hos eldre pasienter, og sin kompetanse på vurdering av pasienters totale smerte. Få av respondentene besvarte at de hadde liten kunnskap, mens 70 % svarte at de hadde god kompetanse på smerte etter vevsskade, 80 % følte de hadde god kompetanse på ben – og leddsmerter og 2/3 av respondentene i undersøkelsen besvarte at de hadde god kunnskap på nevrogene smerter. 85 % av alle respondentene uttrykte at de kunne vurdere pasientens totale smerteopplevelse godt. Klette m.fl. (2014) slår fast at for at sykepleiere skal ivareta pasienter og praktisere helsefremmende sykepleie, er det viktig at sykepleiere selv oppdaterer sin kunnskap, men også at ledere i organisasjonen sørger for relevant opplæring for å øke kompetansenivået hos sykepleierne.

4.2.2. God smertelindring avhenger av sykepleierens kunnskaper om smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens.

Flere forskningsartikler slår fast at observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er nødvendig hos pasienter med langtkommen demens, da deres evne til å selvrappportere smerte svekkes. En fagartikkel av Sandvik og Husebø (2011) understreker at nonverbale pasienter er avhengige av pleiepersonalets evne til å tolke verbale og nonverbale tegn, og at kunnskap om atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy er nødvendig hos pasienter med moderat til alvorlig demens. Det skjer ofte at pasienter med demens og begrensede muligheter til å kommunisere ikke får tilstrekkelig smertelindring, da sykepleiere ikke oppfatter pasientens smerteatferd. Disse blir i stedet feiltolket som atferdsforstyrrelser, og det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om smertekartleggingsverktøy som kan kartlegge smerten til disse pasientene (Wyller 2011). Resultater viser sykepleiere har for liten kunnskap om smertekartlegging hos demente pasienter med kognitiv svikt. Resultater viser også at selv om sykepleierne har kunnskap om at observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er tilgjengelig, vet de ikke hvordan disse verktøyene skal anvendes i smertekartleggingsarbeidet.

Tilstrekkelig smertekartlegging avhenger i følge forskning av at det er dokumentert hvilken kognitiv status pasienten har, siden dette har betydning for om sykepleieren skal bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy eller ikke. Forskning anbefaler at kognitiv screening gjøres av alle eldre pasienter. Av praksisrelatert erfaring, tar slik screening med dagens verktøy lang tid og vil mulig ikke egne seg i sykehus. Slik screening kunne eksempelvis vært tatt i av pasienter på forhånd som mottar tjenester fra kommunehelsesektoren, enten i forbindelse med sykehjem eller fra hjemmesykepleien. Likevel anbefaler forskning at kognitiv screening gjøres av eldre pasienter innlagt i sykehus med tanke på deliriske tilstander, som vil påvirke pasientens evne til å selvrappportere. Sykepleiere bør derfor i tillegg til smertekartleggingsverktøy, ha kunnskap om screeningsverktøy som kan avdekke om pasientens evne til å selvrappportere er påvirket.

I Norge er CNPI og Doloplus – 2 oversatt til norsk og regnet som valide smertekartleggingsverktøy. Sammen med MOBID – 2 regnes alle som godt egnet i sykehjemssektoren (Sandvik og Husebø 2011). Mange av resultatene som viser validiteten av de observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyene i Norge er utført i sykehjem og ofte over tid. Spørsmålet blir da om disse verktøyene egner seg til bruk i sykehussektoren. Resultater fra forskning gjort i utlandet viser derimot at det finnes observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som kan brukes i sykehussektoren. PAINAD, et verktøy som ikke er validert og godkjent i Norge, er i følge forskning et godt og effektivt verktøy til bruk i sykehus. De fleste forskningsartiklene konkluderer likevel med at demente pasienter trenger multidimensjonale smertekartleggingsverktøy, og uttrykker at dagens verktøy ikke er tilstrekkelige. Med tanke på uenigheten om hvilke verktøy som egner seg best for pasienter med langtkommen demens i både sykehjem og sykehus, er det behov for å drive videre forskning på slike smertekartleggingsverktøy.

En kan tenke seg at noen av årsakene til at sykepleiere har lite kunnskap om smertekartleggingsverktøy, gjenspeiles av at det finnes forskjellige verktøy i Norge. Uenighet om verktøyenes validitet kan føre til at implementering og bruk av verktøyene blir vanskelig. Det må derfor foregå omgående forskning og validering av dagens verktøy før disse tas i bruk av sykepleiere i sykehussektoren. I ”Demensplan 2015” er det budsjettetert at det må foregå forskning på demens i fremtiden (Helse – og omsorgsdepartementet 2007). ”Demensplan 2015” er direkte knyttet til kunnskapsutvikling innenfor demens. I følge en forskningsartikkel av Jenssen m.fl. (2013), viser resultatene at god og forsvarlig observasjon av smerter ikke blir gjort grunnet mangel på kompetanse. På denne måten ble ikke smertekartleggingen tilstrekkelig. Mangel på kompetanse er som nevnt tidligere en av årsakene til at denne pasientgruppen er underbehandlet for smerter. I 2006 la Stoltenberg II regjeringen frem Stortingsmelding nummer 25 (2005 – 2006), som ble lagt frem for Stortinget våren 2007. Stortingsmeldingen beskrev utfordringene og strategiene i den kommunale helsesektoren med tanke på blant annet det økende antallet eldre med demens, og dannet ”Omsorgsplan 2015”. Planen fremmer at demens blir en av hovedutfordringene i fremtiden, hvor noen av målene som følge av dette blant annet belagde seg på forskning om demens og kompetanseheving på områder for å møte utfordringene. Disse målene er fremmet i ”Demensplan 2015”, som ved gjennomføringen i 2015

”Skal kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tjenestetilbud til mennesker med demens være vesentlig styrket gjennom forskning og utviklingstiltak” (Helse – og omsorgsdepartementet 2007, s. 15).

”Omsorgsplan 2015” foreslo også bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og at det bør være fokus på demens

”I et slikt perspektiv bør demens settes øverst på omsorgstjenestenes prioriteringsliste både i forhold til forskning og behandling. Demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i årene som kommer. Det blir i en slik sammenheng viktig å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til spesialisthelsetjenestetilbud” (Helse – og omsorgsdepartementet 2005 – 2006, s. 13).

Samarbeidet skal i følge Helse – og omsorgsdepartementet (2005 – 2006) bestå av at spesialisthelsetjenesten bidrar med blant annet diagnostisering av pasienter med demens, bidra til undervisning og kompetanseheving i kommunene, og oppfølging av medisinsk behandling. Som konsekvens av ”Omsorgsplan 2015”, ble blant annet ”Samhandlingsreformen” innført i 2012, som skulle bidra til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ble lettet. Dette stilte krav til samarbeid om pasienter som hadde behov for koordinerte tjenester, hvor pasienter med langtkommen demens er blant denne pasientgruppen (Helse – og omsorgsdepartementet 2008 – 2009).

I og med at spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetansehevingen i kommunene, ser det derfor ut til at det stilles krav til sykepleiere i sykehus når det gjelder kunnskap om demens, dette på tross av at nyere forskning viser de føler manglende kunnskap om blant annet smertekartlegging av demente pasienter. Mye tyder derfor på at det også bør skje en kompetanseheving på området innenfor spesialisthelsetjenesten om målet i ”Samhandlingsreformen” skal nås. ”Demensplan 2015” nevner ikke at pasienter med langtkommen demens ofte lider av smerter, og en kan spørre seg om at årsaken til at kunnskapsmangel skyldes lite fokus på smerter og smertekartlegging. I fremtidens satsning på demens ser det derfor ut til at det bør rettes fokus på pasientgruppens smerter og hvordan disse skal kartlegges, slik at disse pasientene skal oppleve tilfredsstillende smertelindring.

4.2.3. God smertekartlegging avhenger av rutiner og faglig refleksjon.

Torvik m.fl. (2014) viser i sin studie til at bruken av smertekartleggingsverktøy ville avta, da helsepersonell ofte anser dette som tungvint og merarbeid. I tillegg syntes de ansatte at smertekartleggingen tok for lang tid. Med tanke på at forskning viser at sykepleiere oppgir tidspress som en av årsakene til at slik smertekartlegging ikke blir gjennomført, bør dagens smertekartleggingsverktøy forenkles slik at de kan brukes i en travel arbeidshverdag. Det kan tenkes at smertekartleggingsrutiner kan være en løsning, hvor rutinene veileder sykepleiere i hvordan pasienter med langtkommen demens oppnår tilstrekkelig smertelindring. Behovet for rutiner for smertekartlegging styrkes også i og med at forskning viser at dette er av sterkt ønske fra sykepleiere. En fagartikkel som viser til hvorfor intensivsykepleiere ikke bruker smertekartleggingsverktøy, svarer sykepleiere at mangel på ruiner i avdelingen fører til at smertekartlegging ikke utføres. Fagartikkelen foreslår derfor at systematisk vurdering og registrering må innføres som standard ved blant annet intensiv – og postoperative avdelinger, som forutsetter dokumentasjonsskjema over registrering av pasientens smerte og effekten av behandlingen pasienten får (Reiersdal m.fl. 2007). Dokumentasjonsrutiner fremmes også som viktig i forskning. Ved satsningen gjennom ”Demensplan 2015” kan retningslinjer innenfor smertekartlegging av pasientgruppen blir en realitet. De norske retningslinjene i dag som omtaler smertebehandling hos eldre, sier at

”Det er begrensede vitenskapelig data om smertebehandling hos eldre, særlig for de alle eldste”(Den Norske Legeforening 2009, s. 32).

Forskning viser at tilstrekkelig smertelindring avhenger av standardiserte retningslinjer. De norske retningslinjene fra legeforeningen har ikke retningslinjer over smertelindring av hverken eldre eller pasienter med langtkommen demens. Er da de norske retningslinjene fra Legeforeningen tilstrekkelige hos denne pasientgruppen? En kan tenke seg at smertekartleggingsrutiner ikke blir innført når retningslinjer som kan veilede hvordan pasientgruppen oppnår god smertelindring, er manglende. USA har utviklet et eget organ, The Joint Commission (TJC), som samarbeider med å godkjenne over 20 000 helseorganisasjoner(The Joint Commission 2014). TJC har blant annet laget egne standarder for vurdering og behandling av smerter i sykehus (Reiersdal m.fl. 2007). Spørsmålet er om

Norge har behov for et slikt organ, som har det overordnede ansvaret eller som i samarbeid med eksempelvis Den Norske Legeforening for standardiserte retningslinjer innenfor smertebehandling.

I en forskningsartikkel av Jenssen m.fl. (2013) viser de til at tverrfaglig samarbeid er en viktig del av smertebehandlingen hos pasienter med langtkommen demens. Sykepleierne som ble intervjuet i forskningsartikkelen trakk frem at godt samarbeid med pårørende, innad i personalgruppen og med tilsynslegen var viktig for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring. I en kvalitativ studie som undersøkte sykepleiernes erfaringer innen helsefremmende sykepleie, viser at det kan være utfordrende å finne sin rolle blant andre yrkesgrupper som er spesialiserte. Mens fysioterapeuten har mest kunnskaper om fysisk aktivitet og ernæringsfysiologen om kosthold, viser studien at sykepleiere har en breddekunnskap som gjør at de kan ivareta store deler av behovet for slik informasjon. Sykepleierne i studien understreker at det ikke bare er viktig med tverrfaglig samarbeid, men at sykepleierne også må vite hva som tilhører sitt eget ansvarsområde og når de må henvise pasienten videre til andre yrkesgrupper med spesialisering innenfor enkelte områder. I tillegg fremhever studien at samhandling mellom flere helseinstanser vil være nødvendig for å kunne gi et helsetilbud preget av kontinuitet (Klette m.fl. 2014). Tverrfaglig samarbeid er også hjemlet i krav til faglig forsvarlighet i lovverket:

”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell” (Helsepersonelloven 1999, § 4).

Tilstrekkelig smertebehandling til pasientgruppen forutsetter derimot at det tverrfaglige samarbeidet fungerer. I en studie opplevde en av sykepleierne i avdelingen at de ikke ble trodd av legen når det gjaldt at pasienten var smertepåvirket. Pasientens demensdiagnose ble sett på som årsak til atferden, og videre behandling ble derfor ikke gjennomført (Jenssen m.fl. 2013). En annen studie viser til at tverrfaglig samarbeid innenfor smertebehandling av pasienter med demens avhenger av like holdninger til smertekartlegging. I studien mente legen at innføringen av smertekartleggingsverktøy ville føre til økt bruk av smertestillende

medikamenter, mens helsepersonellet hadde gode erfaringer med ordningen. (Torvik m.fl. 2014). Når det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer, vil dette føre til at smertelindringen til pasientene ikke blir tilstrekkelig (Jenssen m.fl. 2013). Ved implementering av MOBID – 2, viste en fagartikkel av Sandvik og Husebø (2011) at tverrfaglig samarbeid måtte bygges på felles forståelse smertebehandlingen. Det kan derfor tenkes at opplæring på felles smertekartleggingsrutiner mellom alle helseprofesjonene som jobber sammen vil lette samarbeidet.

For at innføring av systematiske verktøy og rutiner for smertekartlegging skal kunne implementeres, viser Klette m.fl. (2014) til at det bør være fokus på smertekartlegging ved arbeidsplassen. En studie som undersøkte hva veiledningskurs hadde å si for utbrenthet i sykepleieryrket, viste derimot til erfaringsbasert refleksjon førte til at sykepleiernes fokus og kunnskaper økte (Hoffart m.fl. 2014). Noe lignende viser Nortvedt m.fl. (2013). Studien undersøkte hva innføring av smertekartleggingsverktøy i arbeidshverdagen hadde av betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. Implementeringen av et slikt verktøy gjorde at sykepleierne reflekterte over pasientens opplevelse av smerte. I og med at fokus på smertekartlegging først rettes når rutiner er i gang, bør rutinene utvikles gjennom en prosess. I prosessen bør sykepleiere i sykehus reflektere over erfaringer med smertekartleggingsverktøyene som brukes i rutinene, og på denne måten være pådrivere med sin erfaringskunnskap i utvikling av verktøy som kan implementeres.

Forskning viser at tidspress gjør at sykepleiere ikke har tid til faglig refleksjon. Sykepleiere påpeker at nedbemanning og krav til effektiv ytelse av omsorg som hovedårsak til at de opplever stress (Hoffart m.fl. 2014). En sjefssykepleier fra Rikshospitalet, Inger Margrethe Holter, viste i 2001 til undersøkelser fra utlandet at kutt i antall sykepleiere fører til flere skader og uhell, samtidig som organisasjonens samlede aktivitet reduseres (Orvik 2004). I følge Hanks – Bell m.fl. (2004), er ofte begrenset økonomi og store kostnader årsaken til nedskjæringer i bemanning, og en barriere for smertekartlegging (Ebersole m.fl. 2008). En fagartikkel viser til at sykepleierne uttrykker at stress fører til at arbeidsdagen kommer ute av kontroll. Sykepleierne følte de hadde liten kontroll over arbeidet og at de ikke var i stand til å prioritere hvilke oppgaver som skulle gjøres. Stress førte også til manglende kommunikasjon

mellom tverrprofesjonene og hverandre, som førte til uklarhet om hvor ansvaret skulle delegeres (Hoffart m.fl. 2014).

Grunnet sykepleierens stressende arbeidshverdag, vil innføring av smertekartleggingsverktøy til bruk i rutiner kreve et godt lederansvar. Prosessen med innføring av felles smertejournal krever systematisk oppfølging, motivasjon og gjentatt informasjon og undervisning (Torvik m.fl. 2014). Lederansvaret i organisasjonen blir i følge Shillam (2005) ofte en barriere, grunnet lite fokus på arbeidsmiljøet, personalets manglende motivasjons og mangel på refleksjon omkring hvordan man oppdager smerte hos eldre (Miller 2009). I forskning gjort av Sjøstad m.fl. (2013), påpekes det at godt arbeidsmiljø fremmer kunnskap, og at dette er et felt som lederen i organisasjonen må fokusere på. Dette fremheves i en fagartikkel, hvor de understreker at praktisering av helsefremmende sykepleie krever hensiktsmessig organisering og relevant opplæring (Klette m.fl. 2014).

I en rapport svarer derimot helsepersonell at de føler de får mangelfull opplæring av lederne i organisasjonen i forbindelse med smertekartleggingsverktøy og hvordan man smertekartlegger eldre pasienter (Torvik 2013). Undervisning understrekes som viktig i flere studier (Klette m.fl. 2014, Reiersdal m.fl. 2007 og Sandvik og Husebø 2011). I lovverket står det

”Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”

(Helsepersonelloven 1999, § 16).

Lederne i organisasjonen har dermed en lovpålagt plikt til å sørge for at sykepleiere blir gitt muligheten til å gi denne pasientgruppen tilstrekkelig smertelindring. Dette fremmes i en fagartikkel, som understreker at organiseringen må ligge til rette for at sykepleiere skal kunne gi pasientene et godt helsefremmende tilbud (Klette m.fl. 2014). Men selv om lederne i organisasjonen har et ansvar for å legge til rette for faglig forsvarlig utøvelse av helsetjenester, har sykepleierne et ansvar og en plikt til å vurdere om utstyr og kvalifikasjoner er tilstrekkelig. Ved mangel på økonomiske ressurser eller fagpersonell som hindrer dem i forsvarlig behandling, skal sykepleierne varsle arbeidsgiver (Orvik 2004). Klette m.fl. (2014)

konkluderer også med at sykepleiere selv må ta ansvar og fremme behov for relevant opplæring til smertekartlegging. Dette er et viktig ansvar som både arbeidsgiver og arbeidstaker har for at sykepleiere skal kunne yte forsvarlig helsehjelp i henhold til lovverket:

”Helse tjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud”

(Spesialisthelsetjenesteloven 1999, § 2 – 2).

5.0. Konklusjon.

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan eldre pasienter med langtkommen demens kan oppnå tilstrekkelig smertelindring ved smertekartlegging, og hvilke faktorer som påvirker smertekartleggingen hos denne pasientgruppen.

Sykepleiere, både i sykehussektor og kommunehelsesektoren, har for liten kunnskap om denne pasientgruppens smerter og hvordan disse kan kartlegges. Mye av forskningen som er presentert i studiet viser at sykepleiere anser faktorer som stress og manglende opplæring som sannsynlige årsaker til at det er manglende kunnskaper om smertekartlegging. Ledere bør prioritere rutiner for smertekartlegging av pasientgruppen for at de skal bli tilstrekkelig smertelindret. Sykepleiere bør fremme behovet for opplæring til lederne, men må samtidig ta initiativ til egen oppdatering på nyere kunnskap.

Studiet viser at felles smertekartleggingsrutiner vil fremme tverrfaglig samarbeid, og at rutiner kan lette en sykepleierens arbeidshverdag. Forskning viser at Norge har per i dag ingen nasjonale retningslinjer eller satsninger som fokuserer på smertekartlegging og lindring hos pasientgruppen som omtales i studien. For at ledere i spesialisthelsetjenesten skal kunne innføre smertekartleggingsrutiner, må den norske stat fokusere på at pasienter med langtkommen demens ofte er underbehandlet for smerter og vil ha behov for observasjonsbasert smertekartlegging. Spørsmålet er om Norge har behov for et eget organ som har et overordnet ansvar for standardiserte retningslinjer for smertebehandling hos pasientgruppen, slik at dette blir prioritert.

Forskningsartiklene presentert i studiet viser for det meste til forskning med smertekartlegging gjort i sykehjem. I tillegg er det stor uenighet om hvilke verktøy som kan regnes som valide i smertekartleggingen av pasienter med langtkommen demens, både nasjonalt og internasjonalt. Dette gir signaler om at Norge har et sterkt behov for å utvikle smertekartleggingsverktøy som kan brukes i smertekartleggingsrutinene ved sykehus. Omgående forskning på området er nødvendig for å finne smertekartleggingsverktøy som kan regnes som valide, med tanke på at antall pasienter med demens i fremtiden kommer til å øke.

Litteraturliste

Berntsen V D (2008) *Demensboka: lærebok for pleie – og omsorgspersonell*, Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse.

Berntzen H, Danielsen A og Almås H (2011) Sykepleie ved smerter, i: Almås H, Stubberud D – G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4 utg., s. 339 – 355, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Bjørk I T og Solhaug M (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*, Oslo, Akribe AS.

Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk.

Den Norske Legeforening (2009) *Retningslinjer for smertelindring*.

<<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>>

[Lastet ned 29.04.14].

DeWaters T, Faut – Callahan M, McCann J, Paice J A, Fogg L, Hollinger – Smith L, Sikorski K og Stanatis H (2008) Comparison of Self – Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery, *Orthopaedic Nursing*, 27 (1), s. 21 – 28.

Ebersole P, Hess P, Jett K Luggen A S og Touhy T A (2008) *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*, 7.utg., St.Louis, Elsevier.

Eide H og Eide T (2011) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk.

Engedal K (2006) Demens og demenssykdommer, i: Engedal K og Wyller T B (red.) *Aldring og hjernesykdommer*, 1 utg., s. 125 – 148, Oslo, Akribe Forlag.

Ersek M, Herr K, Neradilek M B, Buck H G og Black B (2010) Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) Instruments, *Pain Medicine*, 11 (3), s. 395 – 404.

Forsberg C og Wegstrøm Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3 utg., Stockholm, Bokförlaget Natur & Kultur.

Gran S V, Grov E K og Landmark B T (2013) Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem, *Sykepleien*, 3 (8), s. 220 – 230.

Helsedirektoratet (2011) *Meldingsutveksling*. < <http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/elektronisk-samhandling/meldingsutveksling/Sider/default.aspx> > [Lastet ned 15.03.14].

Helsedirektoratet (2013) *Demens*. < <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> > [Lastet ned 27.01.14].

Helse – og omsorgsdepartementet (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, (St.meld. nr 25), Oslo.

Helse – og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015. "Den gode dagen" – Delplan til omsorgsplan 2015*.

< http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf > [Lastet ned 27.01.14].

Helse – og omsorgsdepartementet (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, (St.meld. nr 47), Oslo.

Helse – og omsorgsdepartementet (2011) *Innovasjon i omsorg*, (NOU 2011:11), Oslo.

Helse – og omsorgsdepartementet (2012) *Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.)* (Prop. 89 L), Oslo.

[Helsepersonelloven] (1999) *Lov om helsepersonell* av 2. juli 1999 nr. 64
<<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>> [Lastet ned 29.04.14]

Hoffart R – A R , Larsen S H og Rø K I (2014) Hjelper mot utbrenthet, *Sykepleien*, 102 (02) s. 46 – 48.

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

Husebo B S, Strand L I, Moe – Nilssen R, Husebo S B, Snow A L og 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 and Symptom Management*, 34 (1), s. 67 – 80.

Husebo B S, Strand L I, Moe – Nilssen R, Husebo S B og Ljunggren A E (2009) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) Pain Scale in clinical setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (2), s. 380 – 391.

Hølen J C, Saltvedt I, Fayers P M, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge J H og Kaasa Stein (2005) The Norwegian Doloplus – 2, a tool for behavioural pain assessment:

translation and pilot – validation in nursing home patients with cognitive impairment, *Palliative Medicine*, 19, s. 411 – 417.

Jenssen G – M, Tingvoll W – A og Lorem G F (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens, *Geriatrisk Sykepleie*, 5 (3), s. 26 – 34.

Jørgensen P S og Rienecker L (2013) *Den gode oppgaven – håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, 2 utg., Bergen, Fagbokforlaget.

Karlsson C, Sidenvall B, Bergh I og Ernseth - Bravell M (2012) Registered Nurses' View of Performing Pain Assessment among Persons with Dementia as Consultant Advisors, *The Opening Nursing Journal*, 6, s. 62 – 70.

Klette G S, Evju A S, Kasen A og Bondas T (2014) Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap, *Sykepleien*, 102 (02) s. 62 – 64.

Kongsgaard U E, Wyller T B og Breivik H (2008) Eldre trenger bedre smertebehandling, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128 (5), s. 590 – 591.

Lillekroken D og Slettebø Å (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, *Vård i Norden* 33 (1), s. 29 – 33.

Lints – Martindale A C, Hadjistavropoulos T, Lix L M og Thorpe L (2012) A Comparative Investigation of Observational Pain Assessment Tools for Older Adults With Dementia, *The Clinical Journal of Pain*, 28 (3), s. 226 – 237.

Lunde L – H, Nordhus I H, Pallesen S og Bell R F (2008) Den eldre pasienten med kroniske smerter, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124 (16), s. 1841 – 1842.

Miller C A (2009) *Wellness in Older Adults*, 5.utg., Philadelphia, Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams and Wilkins.

Mosele M, Inelemen E M, Toffanello E D, Girardi A, Coin A, Sergi G og Manzato E (2012) Psychometric Properties of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale Compared to Self Asssment of Pain in Elderly Patients, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34, s. 38 – 43.

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf>

[Lastet ned 15.03.14].

Nortvedt L, Wiborg A – G Nitteberg I – J og Romsland G I (2013) Kartlegging av smerte ga økt refleksjon, i: *Sykepleien*, 101 (07), s. 38-41.

Nygaard H A og Jarland M (2006) The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes, *Age and ageing*, 35 (1), s.79 – 81.

Nygaard H A (2012) Kroniske, ikke – ondartede smerter hos gamle, i: Bondevik M og Nygaard H A (red.) *Tverrfaglig geriatri: en innføring*, 3.utg., s. 267 – 280, Bergen, Fagbokforlaget.

Orvik A (2004) *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, 1. utg., Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.

[Pasient – og brukerrettighetsloven] (1999) *Lov om pasient – og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient*> [Lastet ned 15.03.14].

Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L (2004) Bemanning og kvalitet i sykehjem, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124 (22), s.2954 – 2955.

Pettersen R C (2011) *Oppgaveskrivingens ABC. Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*, Oslo, Universitetsforlaget.

Polit D F og Beck C T (2011) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9 utg., Philadelphia, Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams and Wilkins.

Reiersdal O, Helland E S og Breland H P (2007) Sykepleiere bruker ikke smerteskala, *Sykepleien*, 95 (07), s. 50 – 52.

Sandvik R K og Husebø B S (2011) Måler smerte hos personer med demens, *Sykepleien*, 99 (11) s. 62 – 64.

Sjåstad M, Larsen A G og Olsen T Å (2013) Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er uunngåelig?, *Geriatrisk sykepleie*, 5 (3) s. 8 – 17.

[Spesialisthelsetjenesteloven] (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten* av 2. juli 1999 nr. 61 <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialist>> [Lastet ned 29.04.14]

The Joint Commission (2014) *About The Joint Commission* <http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx> [Lastet ned 10.05.2014].

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

Torvik K (2013) *Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt – Norge*, (rapportserie nr. 2/2013) Steinkjer, Senter for omsorgsforskning Midt – Norge.

Torvik K, Hårstad L K, Berdal Å B, Frønes A, Ommedal E, Hellenen M, Karlsaunet G og Torjuul K (2014) Kartlegger smerte – Innføring av felles smertekartleggingsverktøy har ført til bedre smertebehandling, *Sykepleien*, 102 (03), s. 62 – 65.

Wyller T B (2011) *Geriatrici: en medisinsk lærebok*, 1.utg., Oslo, Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler.

Forfattere (år). Tidsskrift/ tittel. Land.	Studiens hensikt.	Design/ intervensjon/ Instrument.	Deltakere/ bortfall.	Hovedresultat.	Kommentarer i forhold til kvalitet.
DeWaters <i>m.fl.</i> (2008). "Comparison of Self – Reported Pain and the PAINAD Scale in Hospitalized Cognitively Impaired and Intact Older Adults After Hip Fracture Surgery". Orthopaedic Nursing. USA.	Evaluering av PAINAD som verktøy av hospitaliserte kognitivt svekkede og intakte pasienter med smerter etter hoftebrudd.	Korrelasjonsanalyse. Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.	30 ble valgt ut til studien, 5 ble ekskludert. Gjenstående var 13 kognitivt intakte pasienter og 12 kognitivt svekkede.	Sykepleierne dokumenterte ikke om smertestillende hadde effekt på pasientene etter det ble gitt. Mest observert smerteatferd var kroppsspråk, vokalisering og ansiktsuttrykk.	Litt få deltakende sykepleiere, da deres observasjoner ble sammenlignet og brukt i konklusjonen. God fordeling på kognitivt intakte og kognitivt svekkede pasienter. Sammenligner selvrapporing med observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy.
Ersek <i>m.fl.</i> (2010). "Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain	Å undersøke og sammenligne psykometriske deler av to like smertekartleggingsverktøy brukt til	Tverrsnittstudie. Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode.	60 pasienter deltok i studien etter inklusjonskriteriene.	Sykepleiere må læres opp i bruk av verktøy for å kunne bruke dem. Forskningen viste at CNPI og PAINAD ikke var godt egnet i hvile, og bør kun brukes sammen med andre	Undersøker effektiviteten av to utvalgte kartleggingsverktøy for smerter. Sykepleiere deltar i observasjonen og

<p>Behaviours (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN – AD) Instruments”. Pain Medicine. USA.</p>	<p>pasienter med demens.</p>			<p>verktøy som er mer omfattende.</p>	<p>evalueringen av smertekartleggingsverktøyene.</p>
<p>Gran <i>m.fl.</i> (2013). ”Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem”. Sykepleien. Norge.</p>	<p>Hensikten var å beskrive smerteintensitet, lokalisasjon og behandling over tid ut fra et pasientperspektiv hos eldre, samtykkekompetente pasienter innlagt på sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>223 pasienter møtte inklusjonskriteriene, hvor 207 ønsket å delta i studien. Endelig utvalg var 204, etter som tre ble utelatt og en døde brått.</p>	<p>Helsepersonell gir for lite smertestillende til eldre grunnet redsel for bivirkninger. Blant de som rapporterte smerte, hadde 30 % smerte på ett eller to kroppsområder, mens 15 % hadde smerter i fem områder. Ingen smerte ble rapportert hos 39 % av dem som hadde fast foreskrivning av non – opioider, og 37 % blant dem som hadde fast foreskrivning av opioider. 46 % av pasientene oppga smerte på alle fem kartlegginger. 93 % har ikke fast ordinasjon av</p>	<p>Sykepleiere deltok i studien for å evaluere om pasientene var innenfor inklusjonskriteriene.</p>

				<p>behovsmedisin.</p> <p>Eldre pasienter mottar ikke tilstrekkelig smertebehandling og smertekartlegging.</p> <p>Det er økt behov for kompetanse innenfor smertekartlegging – og behandling av eldre pasienter.</p> <p>Stort behov for standardiserte retningslinjer innenfor smertekartlegging hos eldre pasienter.</p>	
<p>Horgas <i>m.fl.</i> (2009).</p> <p>”Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between self – report and Behavioral Observation”.</p> <p>Journal of the American Geriatrics Society.</p> <p>Florida, USA.</p>	<p>Å undersøke forholdet mellom selvrapporering og atferdsmessige indikatorer på smerte hos kognitivt svekkede og kognitivt intakte eldre.</p>	<p>Kvasi – eksperimentelt design.</p> <p>Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.</p>	<p>158 deltakere ble screenet for inklusjonskriterier hvor 140 deltakere ble plukket ut til intervju.</p> <p>Totalt fullførte 126 deltakere protokollen til studiet (92 kognitivt intakte og 24 kognitivt svekkede).</p>	<p>86 % av pasientene selvrapporterte smerte.</p> <p>Kognitivt svekkede pasienter rapporterte mindre smerte etter mobilisering enn de kognitivt intakte.</p> <p>Atferdsmessige indikatorer på smerte var relatert til smerteintensitet.</p>	<p>Litt få kognitivt svekkede pasienter med i studien i forhold til kognitivt intakte.</p> <p>Sammenligner kognitivt svekkede med kognitivt intakte pasienter, som kan være nyttig for å måle smerter hos eldre pasienter samtidig som de får kartlagt om kognitivt svekkede pasienter kan uttrykke selvrapporert</p>

					smerte. Sykepleiere ble brukt til å observere og kode smerteatferd i studien.
Husebo <i>m.fl.</i> (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 and Symptom Management. Norge.	Å studere om reliabiliteten av smerteindikatorer og konkludert smerte i verktøyet er tilfredsstillende, og om verktøyet er godt egnet for å samle data om smerteintensitet hos pasienter med sterk kognitiv svikt.	Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.	Av 144 langtidspasienter ble 26 plukket ut til å fullføre studien som møtte inklusjonskriteriene.	Ved mobilisering av armer og ben var det observert høy smerteintensitet. Mest registrert smerteatferd var ansiktsuttrykk, ynking og at pasienten gikk i forsvarsposisjon. Det ble registrert og observert mer smerte ved filmklipp en ved ”bedside – score” (observasjoner ved stell av pasienter), hvor smerteindikatorerne ble oversett. Antall registrert smerteatferd ble forbundet med høy smerteintensitet.	Både sykepleiere, psykologer o.l. var med i valideringa og utviklingen av verktøyet.
Husebo <i>m.fl.</i> (2009) ”Pain in older persons with severe dementia. Psychometric	Å undersøke reliabiliteten til de psykomriske delene av verktøyet MOBID – 2.	Tverrsnittstudie. Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.	Av 215 pasienter ble 77 pasienter utvalgt etter inklusjonskriterier.	Smerteatferd ble ofte registrert ved mobilisering av armer og ben. Mest registrert smerteatferd var ansiktsuttrykk, ynking og at pasienten gikk i	Sykepleiere deltar i studien. Skal legge grunnlag for gode smertekartleggingsverktøy.

<p>properties of the Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) Pain Scale in a clinical setting”.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p>Norge.</p>				<p>forsvarsposisjon.</p> <p>Mange av sykepleierne hadde ikke kunnskap om hvordan man registrerer smerte hos demente pasienter.</p>	<p>Sykepleiere som hadde kjennskap til pasientene ble brukt i studiene.</p>
<p>Hølen <i>m.fl.</i> (2005).</p> <p>”The Norwegian Doloplus – 2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot – validation in nursing home patients with cognitive impairment”.</p> <p>Palliative Medicine.</p> <p>Norge.</p>	<p>Oversette Doloplus – 2 til norsk, å teste verktøyets validitet og å oppnå evaluering av den kliniske utførelsen av verktøyet.</p>	<p>Regresjonsanalyse.</p> <p>Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode.</p>	<p>59 pasienter med demens deltok i studien.</p>	<p>Somatiske klager ofte oversett av helsepersonell som skal bedømme smerte.</p> <p>Ansiktsuttrykk ses som et viktig kriterium i smertekartleggingen.</p>	<p>Sykepleiere som var kjent med pasienten deltok med sine observasjoner i studien.</p>
<p>Karlsson <i>m.fl.</i></p>	<p>Presentere</p>	<p>Fokusgrupper.</p>	<p>11 sykepleiere</p>	<p>Understreker at en tøff</p>	<p>Tar utgangspunkt i</p>

<p>(2012).</p> <p>“Registered Nurses’ View of Performing Pain Assessment among Persons with Dementia as Consultant Advisors”.</p> <p>The Opening Nursing Journal.</p> <p>Sverige.</p>	<p>sykepleieres syn på smertekartlegging hos personer med demens i relasjon med deres profesjon.</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetode.</p>	<p>med forskjellig erfaring innen geriatri deltok.</p>	<p>arbeidshverdag gjør at sykepleiere har liten tid til pasientene.</p> <p>Dårlig dokumentasjonssystem, da sykepleierne dokumenterer hva hjelpepleiere har observert.</p> <p>Faglig refleksjon fremtrekkes som viktig for å kunne sette fokus på smertelindring, noe sykepleierne ikke følte de hadde tid til i en travel arbeidshverdag.</p>	<p>sykepleierens erfaringer.</p>
<p>Lillekroken og Slettebø (2013).</p> <p>“Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer”.</p> <p>Vård i Norden.</p> <p>Norge.</p>	<p>Å undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.</p>	<p>Fokusgrupper og semi – strukturerte intervju.</p> <p>Kvalitativ forskningsmetode.</p>	<p>18 sykepleiere fra geriatriske avdelinger deltok i studien. Ingen frafall.</p>	<p>Sykepleiere hadde liten eller ingen kunnskap om smertekartleggingsverktøy.</p> <p>Sykepleierne ønsket rutiner og prosedyrer omkring temaet.</p> <p>Fremhever at travel arbeidshverdag gjør smertekartlegging vanskelig.</p> <p>Valg av smertelindrende tiltak var ofte tilfeldig foretatt grunnet mangel på kartleggingskunnskap og rutiner.</p>	<p>Forskerne var opptatt av at alle sykepleierne kom til orde i fokusgruppene: flere erfaringer ble da delt.</p> <p>Ny, norsk forskning som fokuserer på pasienter med demens.</p>
<p>Lints –</p>	<p>Og direkte å</p>	<p>Kvalitativ og</p>	<p>136 pasienter</p>		<p>Sykepleiere som</p>

<p>Martindale <i>m.fl.</i> (2012)</p> <p>“A Comparative Investigation of Observational Pain Assessment Tools for Older Adults With Dementia”</p> <p>The Clinical Journal of Pain.</p> <p>USA.</p>	<p>sammenligne observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens.</p>	<p>kvantitativ forskningsmetode.</p>	<p>ble plukket ut etter inklusjonskriteriene. 12 døde under studiene og sluttresultatet av pasienter ble redusert til 124 pasienter.</p>		<p>kjente pasientene deltok i studien, hvor de var med på å kode hvilke bevegelser som var mest smertefulle.</p>
<p>Mosele <i>m.fl.</i> (2012).</p> <p>”Psychometric Properties of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale Compared to Self Assessment of Pain in Elderly Patients”.</p> <p>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.</p> <p>Italia.</p>	<p>Å teste ut PAINAD skalaen i en større gruppe med eldre pasienter med forskjellig grad av kognitiv svikt ved å sammenligne med selvrapportert smerteskala (NRS), og etablere en rang av skår som kan lage en kategorisert versjon av</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>700 deltakere plukket ut, hvor 600 deltakere ble med i studien etter screening for inklusjonskriterier.</p>	<p>De eldste eldre er ofte svakt kognitivt intakte og deprimerte.</p> <p>Høy prevalens av smerte i sykehus, hvor 1 av 2 demente nevnte at de hadde smerte.</p> <p>Det var forskrevet mindre smertestillende hos pasienter med kognitiv svikt i sykehussektoren.</p>	<p>Sammenligner selvrapportert smerte med observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy.</p>

	PAINAD.				
Torvik <i>m.fl.</i> (2009). "Pain in patients living in Norwegian nursing homes". Palliative Medicine. Norge.	Å beskrive smerte og bruk av smertestillende hos sykehjemspasienter, og undersøke hvilke	Tverrsnittstudie. Intervjuassistert studie. Kvalitativ og kvantitative forskningsmetoder.	307 pasienter på til sammen 7 sykehjem, hvor 93 ble ekskludert (41 ville ikke delta, 1 hadde ikke vært lengre på sykehjemmet enn 1 uke, 50 pårørende hadde sagt nei til at deres nære skulle delta). I studien var det til slutt igjen 214 deltakere.	Jo høyere kognitiv funksjon pasienten hadde, desto mer selvrapporterte pasienten smerte. Pasientene som rapporterte smerte hadde mer forskrevet smertestillende medikamenter enn de som ikke gjorde det. Mer enn 50 % av pasientene i studien rapporterte smerte. Tross selvrapportert smerte, hadde mange av de eldre i studien ikke foreskrevet smertestillende medikamenter.	Sykepleiererfaringer blir brukt i studien.

Vedlegg 2: Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) Pain Scale.

Appendix

APPENDIX

MOBID–2 Pain Scale MOBILIZATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patient's name: _____ Date: _____ Time: _____ Unit: _____

Pay attention to the patient's pain behaviour during morning care. Observe the patient before you start mobilization. Explain clearly what is going to happen. Guide the patient carefully through the activities 1–5. Reverse the movement immediately if pain behaviour is perceived. Rate your observation after each activity:

Pain Behaviour

Tick the boxes for Pain noises, Facial expression and Defence, whenever you observed such pain behaviour



Pain noises
Ouch!
Groaning
Gasping
Screaming



Facial expression
Grimacing
Frowning
Tightening mouth
Closing eyes



Defence
Freezing
Guarding
Pushing
Crouching

YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY

1. Guide to open both hands, one hand at a time

2. Guide to stretch both arms towards head, one arm at a time

3. Guide to stretch and bend both knees and hips, one leg at a time

4. Guide to turn in bed to both sides

5. Guide to sit at the bedside

Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0–10)

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

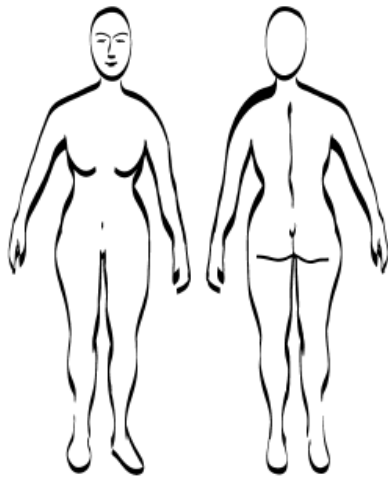
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Did you observe, today or in the last days (one week), that the patient expressed pain behaviour related to head, internal organs and/or skin, which may be caused by a disease, wound, infection and/or injury?

Pain Behaviour

Make one or more cross/es on the pain drawing (front and back), according to observed pain behaviour (Pain noises, Facial expression and Defence)



Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0–10)

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

6. Head, mouth, neck	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Heart, lung, chest wall	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Abdomen	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Pelvis, genital organs	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Skin	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Based on all observations, rate the patient's overall pain intensity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen

Husebo B S, Strand L I, Moe – Nilssen R, Husebo S B og Ljunggren A E (2009) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia (MOBID – 2) Pain Scale in clinical setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (2), s. 380 – 391.

Vedlegg 3: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI).

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Instructions: Observe the patient for the following behaviors both at rest and during movement.

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Behavior	With Movement	At Rest
1. Vocal complaints: nonverbal (Sighs, gasps, moans, groans, cries)		
2. Facial Grimaces/Winces (Furrowed brow, narrowed eyes, clenched teeth, tightened lips, jaw drop, distorted expressions)		
3. Bracing (Clutching or holding onto furniture, equipment, or affected area during movement)		
4. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)		
5. Rubbing (Massaging affected area)		
6. Vocal complaints: verbal (Words expressing discomfort or pain [e.g., "ouch," "that hurts"]; cursing during movement; exclamations of protest [e.g., "stop," "that's enough"])		
Subtotal Scores		
Total Score		

Scoring:

Score a 0 if the behavior was not observed. Score a 1 if the behavior occurred even briefly during activity or at rest. The total number of indicators is summed for the behaviors observed at rest, with movement, and overall. There are no clear cutoff scores to indicate severity of pain; instead, the presence of any of the behaviors may be indicative of pain, warranting further investigation, treatment, and monitoring by the practitioner.

Sources:

- Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs*. 2000 Mar;1(1):13-21.
- Horgas AL. Assessing pain in persons with dementia. In: Boltz M, series ed. *Try This: Best Practices in Nursing Care for Hospitalized Older Adults with Dementia*. 2003 Fall;1(2). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. www.hartfordign.org

The University of Iowa (2014) *The Checklist of Nonverbal Pain Indicators*

<<https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pain/nonverbalPain.pdf>> [Lastet ned
11.05.2014].

Vedlegg 4: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale

Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
Total**				

*Five-item observational tool (see the description of each item below).

**Total scores range from 0 to 10 (based on a scale of 0 to 2 for five items), with a higher score indicating more severe pain (0="no pain" to 10="severe pain").

Breathing

1. Normal breathing is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. Occasional labored breathing is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.
3. Short period of hyperventilation is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. Noisy labored breathing is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, or wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. Long period of hyperventilation is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. Cheyne-Stokes respirations are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

Negative vocalization

1. None is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. Occasional moan or groan is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. Low level speech with a negative or disapproving quality is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.
4. Repeated troubled calling out is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. Loud moaning or groaning is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. Crying is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

Facial expression

1. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. Sad is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. Frightened is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.
4. Frown is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. Facial grimacing is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

Body language

1. Relaxed is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.
2. Tense is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).
3. Distressed pacing is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. Fidgeting is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.
5. Rigid is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding (exclude any contractures).
6. Fists clenched is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. Knees pulled up is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance (exclude any contractures).
8. Pulling or pushing away is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.
9. Striking out is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

Consolability

1. No need to console is characterized by a sense of well being. The person appears content.
2. Distracted or reassured by voice or touch is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.
3. Unable to console, distract or reassure is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4:9-15.

American Medical Directors Association (2004) *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale* < <http://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/painad.pdf> > [Lastet ned 11.05.2014].

Vedlegg 5: DOLOPLUS – 2. Observasjonsbasert smerteskala for eldre.

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
Senternummer:	Pasientnummer:			Dato:	
SOMATISKE REAKSJONER					
1. Klager på smerte	<ul style="list-style-type: none"> - ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	<ul style="list-style-type: none"> - benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	<ul style="list-style-type: none"> - ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	<ul style="list-style-type: none"> - normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Søvn	<ul style="list-style-type: none"> - normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

PSYKOMOTORISKE REAKSJONER					
6. Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt)	0	0	0	0
	- aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre	1	1	1	1
	- aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre)	2	2	2	2
	- umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	3	3	3	3
7. Forflytning	- forflytter seg som vanlig	0	0	0	0
	- lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius)	1	1	1	1
	- sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig)	2	2	2	2
	- forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	3	3	3	3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon	0	0	0	0
	- intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter	1	1	1	1
	- redusert kommunikasjon (vil være alene)	2	2	2	2
	- fravær eller avvisning av all kommunikasjon	3	3	3	3
9. Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.)	0	0	0	0
	- deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse	1	1	1	1
	- nekter av og til å delta i aktiviteter	2	2	2	2
	- avstår fra all sosial aktivitet	3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd	0	0	0	0
	- gjentatte atferdsproblemer	1	1	1	1
	- permanente atferdsproblemer i kontakt med andre	2	2	2	2
	- permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	3	3	3	3
TOTALT					

Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen J C, Loge J H og Kaasa S (2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 125 (13), s.1838 – 1840.

Vedlegg 6: Mal for granskning av forskningsartikler.

Tabell 3 Mal for granskning av forskningsartikler

For å bli dyktig til å lese og vurdere forskningsartikler trenger man trening og noe å vurdere utifra. Denne malen skal kunne være til nyttig hjelp for å kunne bli bedre til å forstå, lese og vurdere relevans og faglighet av artikler.

Viktige hovedspørsmål bør være:

Studiens betydning for sykepleie. Har problemstillingen sykepleiefaglig fokus og relevans? Er problemet relatert til sykepleiepraksis? Har problemstillingen nytteverdi for min oppgave, evt hvilken?

Ved vurdering av forskningsartikler bør følgende sees på:

Tittel

Klar og relevant for innholdet?

Sies det noe om hvem og hva som er undersøkt?

Ofte en hovedtittel med undertittel

Forfatter

Presentasjon av navn, grad, tittel evt arbeidssted?

Abstrakt

Alltid abstrakt i forskningsartikler, oftest på engelsk

Kort og konsist om studien: Hvem, hva, hvorfor og hvordan (IMRaD)?

Er de viktigste funnene presentert?

Introduksjon

Er problemstilling presentert logisk og med hensikt og mal?

Er problemområdet relevant?

Er leseren presentert for innholdet?

Er spørsmål og hypoteser klargjort?

Er det relatert til og presentert tidligere forskning og kunnskap?

Er sentrale begrep definert eller belyst?

Metode

Er metoden beskrevet, grundig eller tynt?

Er metoden relevant for problemstillingen?

Er svakheter og styrke med metoden vurdert?

Er etiske vurderinger med?

Ved empiriske studier:

Hvilket design er anvendt, ser det anvendbart ut i forhold til problemområdet?

Er utvalget beskrevet tydelig, antall og kriterier for utvelgelse nevnt?

Er representativitet, generaliserbarhet, troverdighet, reliabilitet og validitet vurdert?

Er datainnsamlingen beskrevet?

Ved litteraturstudier:

Hvordan har litteraturen blitt funnet?

Hvilke søkeord og baser er det søkt i?

Er det relevante publikasjoner for temaet og fins det mange publikasjoner om emnet?

Er litteraturen vurdert ut ifra vitenskapelige kvalitetskriterier?

Hvordan har man valgt ut litteraturen?

Er det beskrevet hvordan artiklene er analysert

Resultat:

Er resultatene presentert klart og tydelig?

Svarer resultatene til undersøkelsens hensikt?

Er fremgangsmåten for analyse forståelig og logisk presentert?

Forekommer tolkninger og diskusjon i resultatavsnittet?

Diskusjon:

Er diskusjonen klart og logisk oppbygd?

Forekommer nye resultat i diskusjonen?

Er konklusjonene logiske og rimelige?

Er diskusjonen tilstrekkelig fyldig?

Relaterer forfatteren sine funn til eksisterende forskning og kunnskap?

Er forfatter kritisk og klar i forhold til funn, metode og konklusjon?

Referanser:

Er referanselisten oppsatt systematisk og ryddig?

Er alle referanser med?

Er referansene vitenskapelig artikler, hvilke tidsskrifter er de presentert i?

Er referansene relevant, ny eller gammel?

