

BACHELOROPPGAVE

SPU 110: Sykepleiefaglig fordypningsemne

Ida Osen

Smertekartlegging hos pasienter med
demens i sykehjem

Pain Assessment in Nursing Home
Residents with Dementia

Dato: 16. mai 2016

Totalt antall ord: 8361

Sammendrag

Introduksjon: Norge står i dag ovenfor en betydelig endring i alderssammensetningen. En økt forventet levealder resulterer i et økt antall personer som rammes av demens. Forskning viser at omtrent 80 % av alle som bor på sykehjem har demens, og det er anslått at over 50 % av disse også har smerter. Smertekartlegging og smertelindring kan være en kompleks og utfordrende oppgave for sykepleiere og annet helsepersonell. Dersom pasienten ikke er i stand til å selvrappportere smerte, er det en nødvendig og viktig sykepleieroppgave å bruke observasjon for å identifisere smerte. Det er utviklet flere ulike kartleggingsverktøy som sykepleieren kan benytte i smertebehandlingen. **Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til smertelindring ved hjelp av kartleggingsverktøy hos pasienter med demens i sykehjem. **Metode:** Et allment litteraturstudie med utgangspunkt i 13 forskningsartikler. **Diskusjon:** Resultatene ble diskutert opp mot relevant fagstoff og forskning. **Konklusjon:** For å bidra til god smertelindring må sykepleieren kunne observere og kartlegge smerteindikatorer hos pasienten. Det er nødvendig med en felles struktur på hvordan smerte skal kartlegges i sykehjemmet. Et godt tverrfaglig samarbeid, samt inkludering av pårørende spiller også en viktig rolle.

Nøkkelord: Demens, smerter, smertekartlegging, smertelindring, nonverbale smerteuttrykk, sykehjem.

Innhold

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Hensikt.....	3
2.0 Metode	3
2.1 Allment litteraturstudie som metode	3
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
2.3 Søk i databaser.....	4
2.4 Analyse.....	6
2.2 Etiske overveielser	7
3.0 Resultat.....	8
3.1 Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov	8
3.2 Rapportering og evaluering av smerter på systemnivå	9
3.3 Tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende	9
3.4 Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy	10
4.0 Diskusjon.....	11
4.1 Resultatdiskusjon	11
4.1.1 Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov	11
4.1.2 Rapportering og evaluering på systemnivå.....	14
4.1.3 Tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende	15
4.1.4 Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy	16
4.2 Metodediskusjon	19
5.0 Konklusjon	22
6.0 Litteraturliste	23

[Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte forskningsartikler](#)

[Vedlegg 2: Tabell for vurdering av forskningsartikler](#)

[Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala](#)

[Vedlegg 4: Doloplus-2](#)

[Vedlegg 5: Sjekkliste for non-verbale smerteuttrykk](#)

1.0 Introduksjon

Norge står i dag overfor en betydelig demografisk endring av alderssammensetningen i befolkningen. Den forventede levealderen er stigende og kan forklares med medisinske fremskritt og innføring av ny kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Parallelt med en stigende alder, vil også forekomsten av demens øke (Skovdahl & Berentsen, 2014). Over 70 000 personer er rammet av demens i Norge i dag, og det er anslått at dette tallet vil fordoble seg i løpet av de neste 30-40 årene. Både de som rammes av demens og deres pårørende, vil bli berørt av sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette gjenspeiler store utfordringer i fremtiden for blant annet helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På bakgrunn av dette og den såkalte «eldrebølgen» har Helse- og omsorgsdepartementet utviklet *Demensplan 2020*. En av hovedsakene i denne planen er å få diagnostisering til rett tid, og få tilpasset faglig oppfølging etter diagnose. Dette krever åpenhet og kunnskap om demens generelt i samfunnet, men behovet for økt kunnskap og kompetanse er også stort i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Demens er en fellesbetegnelse på ulike diagnoser som rammer hjernens kognitive funksjoner. Atferdsmessige og psykologiske forandringer forekommer ofte hos den som er rammet. Svekket hukommelse, svekket evne til å forstå og å lære, språkvansker, angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger er vanlige symptomer. Dette sier samtidig noe om hvilken del av hjernen som er rammet (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Demenssykdommen utvikler seg ofte over tid, og etter hvert vil den kognitive svikten føre til at dagligdagse aktiviteter blir utfordrende (Skovdahl & Berentsen, 2014). Demens er den største årsaken til innleggelse i norske sykehjem (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs & Selbæk, 2012). Forskning viser at omtrent 50 % av pasientene i norske sykehjem i tillegg har smerter, men disse tallene viser kun til personer som selv kan rapportere smerte. Forskning viser også at smerter er underrapportert både av pasienter og helsepersonell. Dette forklares blant annet med vanskeligheter for å uttrykke og tolke smerte hos pasienter med demens. En medvirkende faktor er lite fokus og manglende kunnskap om temaet smerte blant sykepleiere og annet helsepersonell (Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2008).

Smerter hos eldre kan forekomme som et resultat av slitasje, skader og sykdom (Bjørø & Torvik, 2010). Den Internasjonale Foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte «som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller

beskrevet som slik skade». Personens evne til å forstå og tolke smerte har betydning for smerteopplevelsen (IASP, 2014). Smerte kan deles inn i to hovedgrupper, akutt og kronisk smerte. Akutt smerte oppstår plutselig og er som regel forbigående. Smerten kan oppstå ved vevskade som er forårsaket av skade, sykdom eller kirurgiske inngrep. Kronisk smerte er en vedvarende smerte som går utover tilhelingsstiden som er forventet etter en skade (IASP, 2014). Smerte som ikke blir kartlagt og behandlet, kan resultere i alvorlige helsemessige konsekvenser og nedsatt livskvalitet for pasienten (Bjoro & Torvik, 2010). I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren en plikt til å lindre smerte hos pasienten, men nedsatt kognitiv funksjon kan gjøre smertekartlegging og smertebehandling utfordrende (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Et holistisk menneskesyn beskrives av Henderson (1997) som grunnleggende i all sykepleie, og er spesielt viktig i møte med eldre pasienter med smerter (Bjørø & Torvik, 2010). Dette betyr at pasienten skal ses som en helhet, med både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle behov (Henderson 1997). Henderson beskriver også sykepleierens funksjon og ansvarsområder i 14 grunnleggende behov som mennesket har. Et av disse er at sykepleieren skal «hjelp pasienten å få kontakt med andre, og med å gi uttrykk for sine behov og følelser» (Henderson, referert i Kirkevold, 2009, s. 103). Videre påpeker Henderson at sykepleieren skal søke og forstå pasientens behov ved blant annet bruk av «systematisk og grundig observasjon og ydmykhet for ens begrensede evne til å kjenne et annet menneskets behov» (Henderson, referert i Kirkevold, 2009, s. 103).

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, vil evnen til både verbal og nonverbal kommunikasjon være svekket. Denne pasientgruppen er spesielt utsatt for mangelfull smertebehandling. Med sviktende kommunikasjonsferdigheter, vil observasjon av atferd som kan indisere smerte være viktig. For å bidra til at pasienten skal kunne gjøre seg forstått, må sykepleieren benytte en hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Hensikten med smertebehandling hos eldre pasienter er å lindre smerte, som videre kan bidra til et bedre funksjonsnivå og økt livskvalitet. Ikke i alle tilfeller vil det være mulig å lindre smerten fullstendig. Målet vil da bli at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre smerten (Bjørø & Torvik, 2010). Dette understøttes av Benner og Wrubel som hevder at sykepleieren skal bidra til at pasienten mestrer tap, lidelse og sykdom (Benner & Wrubel, referert i Kristoffersen, 2011a).

Det er utviklet ulike skjema som kan benyttes av sykepleiere for å kartlegge smerte hos pasienter med demens eller redusert evne til å uttrykke seg verbalt. Eksempelvis MOBID-2 smerteskala, Doloplus-2 og CNPI. Disse skjemaene baserer seg på observasjon av atferd (Bjørø & Torvik, 2010). Observasjon av blant annet kroppsbevegelser og aktivitetsmønster, ansiktsuttrykk, vokalisering, verbalisering og forandringer i mental status er nødvendig i kartleggingen (Torvik, 2012).

MOBID-2 smerteskala er utviklet for personalet på sykehjem. Dette kartleggingsverktøyet er oversatt til norsk og testet ut i ulike studier. MOBID-2 tar utgangspunkt i å kartlegge smerter når pasienten er i bevegelse. Sykepleieren skal benytte verktøyet ved dagligdagse aktiviteter som for eksempel under morgenstell (Nygaard, 2012). Doloplus-2 kartlegger om smerte er til stede eller ikke, samt smerteintensitet. Under systematiske øvelser med pasienten skal sykepleieren bruke ansiktsuttrykk, vokalisering, verbalisering og kroppsbevegelser hos pasienten som smerteindikatorer (Husebø, Stand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunggren, 2010). Sjekkliste for nonverbale smerteindikatorer (CNPI) kartlegger kun tilstedeværelsen av smerte og kartleggingen skal foregå under mobilisering (Torvik, 2013).

1.1 Hensikt

Smertelindring hos pasienter med demens kan være utfordrende. En årsak kan være manglende kommunikasjonsferdigheter og atypiske smerteindikatorer hos pasienten. På grunn av et økende antall eldre, er det et økende antall personer som rammes av demens. Smerter hos pasienter med demens er derfor et tema som bør få økt fokus blant sykepleiere. På bakgrunn av dette er *hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til smertelindring ved hjelp av kartleggingsverktøy hos pasienter med demens i sykehjem.*

2.0 Metode

En metode er fremgangsmåten som blir brukt for å samle inn data til et studie. Dette skal beskrives på en slik måte at søkene er enkle å etterprøve (Dalland, 2012; Polit og Beck, 2012).

I forskning innenfor sykepleie er det i hovedsak to metoder som benyttes, kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. I en kvalitativ forskningsmetode undersøkes og beskrives menneskers opplevelser og erfaringer. Innsamling av data kan skje gjennom intervju eller observasjon. Antall deltagere i studiet er som regel lite, slik at datainnsamlingen blir mest mulig konkret og beskrivende. En kvantitativ forskningsmetode benyttes for å samle informasjon som beskriver et fenomen. Informasjonen er målbare enheter som gir mulighet til å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. I denne studien inkluderes både kvalitativ og kvantitativ forskning (Dalland, 2012).

2.1 Allment litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et allment litteraturstudie. Et allment litteraturstudie kan beskrives som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang, litteratursammenfatning eller en oversikt over forskning gjort på et bestemt tema. Denne typen litteraturstudie beskriver og analyserer forskningen systematisk (Forsberg og Wengström, 2012). Innen helsefag vil en sammenfatning av forskning være

spesielt hensiktsmessig, da flere studier sammen kan overbevise mer enn et studie alene. Helsefag skal basere seg på kunnskapsbasert praksis som betyr å at faglige avgjørelser tas på bakgrunn av systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og etter pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2011c).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

På bakgrunn av begrensninger i tid og omfang, er det nødvendig å avgrense oppgaven. Dette også med tanke på å inkludere litteratur som best mulig besvarer hensikten. Det overordnede temaet i oppgaven er kartlegging av smerter hos eldre personer med demens. Smerte og demens ble derfor viktige inklusjonskriterier. Eldre defineres av WHO som personer over 65 år, derfor er personer under 65 år ekskludert (www.who.int). Som tidligere nevnt er demens en fellesbetegnelse på flere diagnoser. I denne oppgaven inkluderes alle typer demens. Artikler som inkluderer selvrappotering av smerte er ekskludert. Forskning som tar for seg pasienter med demens som bor i sykehjem inkluderes, men oppgaven tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv. For å finne oppdatert forskning av god kvalitet, er artikler fra de siste 10 årene prioritert. Hovedsakelig benyttes forskning som også er godkjent av etisk komité.

2.3 Søk i databaser

For å innhente relevante forskningsartikler til dette litteraturstudiet, ble det gjort søk i vitenskapelige databaser. Ved å benytte anerkjente databaser finner en forskning av god kvalitet. Når litteratursøk blir gjort i flere databaser, bidrar dette til stor bredde i litteraturen (Dalland, 2012). Det ble gjort søk i ulike sykepleiefaglige databaser, men aktuelle artikler som innfridde inklusjonskriteriene ble hentet fra Medline og SveMed+.

Medline og SveMed+ er to store databaser innenfor sykepleie, andre helsefag og medisin. SveMed+ refererer til forskning gjort i Norden. Her ble det hentet ut flere artikler med studier gjort i Norge. Medline inkluderer internasjonal forskning fra 5000 ulike tidsskrift og her ble det funnet frem til artikler fra flere ulike land (Bjørk og Solhaug, 2008).

Søkene som ble gjort startet først bredt for å få en oversikt over litteraturen som finnes på det valgte temaet. Relevante søkeord i databaser ble benyttet for å finne artikler som er publisert innenfor ønsket emne. Søkeordene ble kombinert på en slik måte at antall relevante referanser holdt seg på et håndterbart nivå. Søkeprosessen ble justert underveis med ulike søkeord, men «dementia» og «pain» er nøkkelord som var fellesnevneren i alle søkene. Tittelen på artiklene avgjorde om de ble lest i abstract og videre i fulltekst. At artiklene var bygd opp etter IMRaD-struktur var også med på å vurdere kvaliteten på forskningen (Dalland, 2012). ImRaD - formatet inneholder et organisert materiale som deles inn i; introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Polit & Beck, 2012). Det ble

gjort to håndøk for å finne frem til to artikler. Kilden til disse to artiklene ble funnet i referanselisten til en forskningsartikkel og i en pensumbok. Videre ble tittelen til artiklene søkt opp i en database. Alle søkene til denne litteraturstudien ble gjort i tidsperioden februar - mars 2016. I Tabell 1 finnes en oversikt over søkene som ble gjort.

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk i databaser

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for videre gransking	Inkluderte
SweMed + 22.02.16	Läs online	Dementia AND pain	34	*21 **10	***3	3	3
Medline 23.02.16	Engelsk språk F.O.M år 2000	Dementia AND pain	375	*315 **58	***2	2	2
SweMed + 29.02.16	Läs online	Dementia AND pain AND nursing homes	14	*11 **2	***1	1	1
Medline 29.02.16	Full text F.O.M år 2000	Dementia AND pain measurement	243	*237 **3		3	3
Medline 03.03.16	Engelsk språk	Dementia AND Pain measurement AND Nursing homes	62	*51 **10	***1	1	1
Medline 03.03.16		Pain AND Dementia AND Nursing homes AND nurses	3	*1 **1	***1	1	1
Medline 03.03.16		Pain AND dementia AND observation	4	*3	***1	1	1
Håndøk 01.04.15		Pain AND dementia AND observation					1
Håndøk 02.04.16							1

*Antall ekskluderte artikler etter leste titler

**Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***Antall artikler som er lest i sin helhet

2.4 Analyse

Etter datainnsamlingen ble det foretatt en analyse av innholdet i artiklene. I en tekstanalyse deles dataene opp i mindre enheter, for så å sette de ulike enhetene sammen til en helhet. Hensikten er å identifisere et gjennomgående tema eller mønster i forskningen (Forsberg og Wengström, 2012).

Analysen som er foretatt er basert på Granheim og Lundmans (2005) tekstanalyse, som deles inn i meningsenheter, subkategorier og hovedkategorier. Dette er fremstilt i Tabell 2. Meningsenheter er setninger eller ord som kan relateres til hverandre gjennom et felles innhold eller en sammenheng (Granheim og Lundman, 2004). Ut i fra meningsenhetene dannes det subkategorier, som videre danner hovedkategorier. Hovedkategoriene skal representere hovedtemaene som er gjennomgående i forskningen (Polit og Beck, 2012). De fire hovedkategoriene denne oppgaven fremstiller, er utarbeidet for å best mulig besvare hensikten med litteraturstudiet. Gjennom tekstanalysen ble følgende hovedkategorier utarbeidet:

- Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov
- Rapportering og evaluering av smerte på systemnivå
- Tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende i smertebehandlingen
- Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy

Artiklene som inkluderes ble samtidig vurdert ved hjelp av en tabell for kvalitet av forskning (Vedlegg 2). I (Vedlegg 1) finnes en fullstendig oversikt over alle 13 inkluderte forskningsartikler.

Tabell 2: Eksempel på tekstanalyse

Meningsenhet	Subkategori	Hovedkategori
Sykepleiere benytter sjeldent eller aldri smertekartleggingsverktøy.	Benyttet ikke systematiske kartleggingsverktøy	Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov
Manglende kunnskap hos sykepleierne fører til at «prøve og feile-metoden» benyttes.	Tilfeldig smertelindring	
Manglende kommunikasjonsferdigheter hos pasienten fører til at pasientene kan bli under-, over- eller feilmeddisinert.	Mangel på kunnskap og ferdigheter	
Vansker med å tolke pasientens uttrykk gjør det	Atypisk atferd og smerteindikatorer	

<p>utfordrende med smertebehandling hos demente.</p> <p>Kvalitet i smertekartleggingen avhenger av kompetanse og hvordan virksomheten har lagt til rette for å avdekke smerter.</p>		
---	--	--

2.2 Ethiske overveielser

Ved et allment litteraturstudie blir personopplysninger behandlet og samlet inn. Dette krever at etiske vurderinger gjøres. En må være klar over hvilke etiske utfordringer en kan møte, og hvordan disse eventuelt skal håndteres. Ethiske overveielser bidrar til å ivareta pasientens og sykepleiers integritet (Dalland, 2012).

Når en undersøkelse blir gjort hvor mennesker er involvert, er det et krav at deltakerne forstår hensikten. Det er også viktig å påse at pasientens anonymitet og frivillighet ivaretas (Polit & Beck, 2012; Dalland, 2012). Personer med demens er en sårbar gruppe, da de også kan ha nedsatt eller manglende samtykkekompetanse. I pasient- og brukerrettighetsloven beskrives dette med at «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015, § 4-6). I dette studiet vil ikke pasientens egne erfaringer og uttalelser være aktuelle, men da flere av artiklene inkluderer pasienter med alvorlig grad av demens er det vesentlig å tilstrebe og benytte artikler som er etisk godkjent (Helsedirektoratet, 2015).

For å vurdere om forskningen er gjort i samsvar med etiske krav, finnes det systemer som godkjenner forskningen både på internasjonalt og nasjonalt nivå. Regionale etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal sikre etisk forsvarlig forskning (Bjørk & Solhaug, 2008). Forskernes prosedyrer, innhenting av informasjon og samtykke blir vurdert. Nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste forvalter reglene som skal ivareta personvernet. Nasjonale forskningsetiske komiteer har utarbeidet retningslinjer for forskning som inkluderer voksne personer med manglende eller nedsatt samtykkekompetanse. Retningslinjene er laget for at denne gruppen skal kunne inkluderes i forskning. Forskningen må kunne bidra med noe til fordel både for de som dette gjelder og andre (Bjørk og Solhaug, 2008).

I oppgaven benyttes hovedsakelig forskning som er vurdert av etisk komite eller nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Artikkene som ikke er vurdert redegjør for hensikten og hvordan dataene skal benyttes, samt at personvernet er ivaretatt. Artikkene er også valgt ut på bakgrunn av relevansen de har for å besvare hensikten i oppgaven. Når forskning benyttes i en besvarelse skal det utvises redelighet i forhold til korrekt referansebruk og plagiat (Dalland, 2012).

3.0 Resultat

3.1 Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov

Hos pasienter med demens kan måten å uttrykke smerte på være atypisk og vanskelig å tolke. Dette øker risikoen for at pasientene har smerter som blir utilstrekkelig utredet og behandlet (de Souto Barreto, Lapeyre-Mestre, Vellas & Rolland, 2013; Jenssen, Tingvoll & Lorem 2013).

En viktig forutsetning for å identifisere pasientens behov, er sykepleiefaglig kunnskap. Kunnskap om ulike diagnoser, demenssykdommen i seg selv og medikamentell behandling er grunnleggende ferdigheter sykepleierne bør sitte inne med i arbeidet med pasienter med en demensdiagnose (Jenssen et al. 2013).

I de siste årene har det vært et økt fokus på problematikken knyttet til temaet smerte hos pasienter med demens. Likevel viser studier at smerte ikke blir tilstrekkelig kartlagt og behandlet (Lillekroken & Slettebø, 2013). I Nygaards & Jarlands (2005) studie kommer det frem at det blant pasienter med demens er en lavere bruk av smertestillende medikamenter, sammenlignet med andre pasientgrupper. Sykepleiernes subjektive tolking av pasientens smerte er avgjørende for om pasienten mottar smertestillende medikamenter eller ikke. Pasienter med god ADL-funksjon og som samtidig har sykdom som er forbundet med smerter, er pasientgruppen som mottar mest smertestillende medikamenter (Nygaard & Jarland, 2005). Personer med alvorlig demens er utsatt både for over- og undermedisinering (de Souto Barreto et al. 2013).

Et annet studie som ble gjort, hadde til hensikt å undersøke kunnskapsnivået til sykepleiere rundt ulike aspekter om smerte hos pasienter på et sykehjem. Av studiet kom det frem at det var mangler i kunnskapen hos sykepleiere spesielt med tanke på smertebehandling og medikasjon. Likevel mener sykepleierne selv at de har *god til meget god* kompetanse når det gjelder temaet smerte (Zwakhalen, Hamers, Peijnenburg & Berger, 2007). Kunnskapsnivået hos personalet kan også variere ut i fra utdanningsnivå. I studier kom det frem at flere sykehjem ikke har ansatte med spesiell utdanning innen hverken smerter eller demens (Zwakhalen, et al., 2007; Knudsen & Larsen, 2013).

Ved manglende evne til å uttrykke smerte verbalt, er et atferdsmønster preget av uro og vandrings ofte beskrevet hos demente pasienter. Dette kan være forstyrrende for pasienten selv, andre

beboere i sykehjemmet og for personalet. Atferd preget av aggresjon og opphisselse har høy forekomst hos demente pasienter med smerter (Ahn & Horgas, 2013). Andre indikatorer på smerte som ofte forekommer kan være, ansiktsuttrykk, grimaser eller skriking og ordløse lyder (Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunddgren, 2009).

At pasienter med demens ofte kan ha en urolig eller en utagerende atferd, kan forveksles med tegn på psykiske plager. Forskningen viser at det er høy forekomst i bruk av psykofarmaka blant denne pasientgruppen. Pasientene blir satt på psykofarmaka uten at tilstedeværelsen av for eksempel smerte blir videre undersøkt (Lillekroken & Slettebø, 2013).

3.2 Rapportering og evaluering av smerter på systemnivå

Manglende rutiner i sykehjemmet for systematisk kartlegging av smerte fører til at «prøve- og feilemetoden» blir brukt og smertebehandlingen blir tilfeldig (Lillekroken & Slettebø, 2013). En sykepleier forteller at pasienter blir satt på smertepaster ved urolig atferd. Dette forklares med «et skudd i blinde, der noen hadde effekt og andre ikke» (Jenssen et al., 2013).

Smerte dokumenteres som regel under et eget punkt i elektroniske pasientjournaler. I Larsen & Knudsens studie (2013) viste det seg at flere virksomheter ikke har smerte/ubehag som et forhåndsdefinert område, og kun halvparten av virksomhetene som deltok i studiet registrerte smerte ved innkomst. Videre ble informantene i studiet bedt om å beskrive hvilke prosedyrer virksomheten har for kartlegging av smerte. Flere av informantene oppga at sykehjemmet de er ansatt ved, ikke benytter standardiserte smertekartleggingsverktøy. Flere virksomheter oppgir hvilke kartleggingsverktøy de benytter, men ingen av verktøyene som brukes er utviklet spesielt for pasienter med demens (Torvik, Nordtug, Brenne & Rognstad, 2014). Ansatte ved enkelte sykehjem beskriver at smertekartlegging inngår i daglige rutiner, men ikke at dette inngår i et spesifikt system (Larsen & Knudsen, 2013). Det viser seg også at smerte som ikke kartlegges og registres, fører til at pasienten får mindre smertestillende medikamenter, uavhengig om pasienten gir uttrykk for smerte (de Souto Barreto et al., 2013).

Gode smertekartleggingsverktøy bør bli benyttet som en del av den daglige rutinen i sykehjem (Yat Wat Liu & Lai, 2014). Store variasjoner i bruk av smertekartleggingsverktøy avhenger også av hvorvidt virksomheten har lagt opp til undervisning og opplæring av personalet (Torvik et al., 2014).

3.3 Tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende

For å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring, er det nødvendig med et godt samarbeid i personalgruppen på sykehjemmet. Pårørende kan også spille en viktig rolle (Jenssen et al., 2013).

Sykepleiere ved et sykehjem beskriver at samarbeidsproblemer med tilsynslegen kan føre til at behandlingen av smerte hos pasientene blir mangelfull. Problemene oppstår ofte når sykepleierne ikke får aksept hos legen for sine observasjoner. Et eksempel sykepleierne beskrev, var en pasient som ble satt på maksimal døgndose av et smertestillende preparat, og fortsatt virket svært smertepåvirket. Dette ble etter hvert tatt opp med tilsynslege, men legen forklarte den urolige atferden med pasientens demensdiagnose. Det ble ikke gjort noen forandringer i medisiner, til tross for sykepleiernes observasjoner (Jenssen et al., 2013).

Erfaringer rundt samarbeid mellom lege og sykepleier varierer fra sykehjem til sykehjem. Ved godt samarbeid med lege, mener sykepleierne at det oppstår en bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter. Dette fører videre til bedre behandling av smerter hos pasientene (Jenssen et al., 2013).

Ved dårlig samarbeid mellom sykepleiere og annet pleiepersonell, kan det oppstå manglende rapportering og uenigheter vedrørende pasientens behov for smertelindring. På grunn av dette kan legen få ulike opplysninger om pasienten, som videre fører til at pasienten ikke får behandling for sine smerter (Jenssen et al., 2013). For å optimalisere smertebehandlingen hevder ansatte at refleksjon og samtale med kolleger er nødvendig (Lillekroken & Slettebø, 2013)

Pårørende blir sett på som en viktig ressurs i kartleggingen av smerte, da det ofte er de som kjenner pasienten best (Jenssen et al., 2013). Sykepleiere beskriver også utfordringer knyttet til det å inkludere pårørende i smertebehandlingen. Pårørendes meninger om smertelindring er ikke nødvendigvis i samsvar med pasientens behov (Lillekroken & Slettebø, 2013).

3.4 Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy

Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er et nyttig hjelpemiddel for å identifisere smerte hos pasienter med demens, hvor den verbale språkevnen er nedsatt (Husebo et al., 2009; Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, Hølen, Fayers & Rustøen, 2010; Husebo, Ostelo & Strand, 2014).

I et studie gjort i norske sykehjem ble påliteligheten til Doloplus-2 testet ut. Studien inkluderer pasienter i sykehjem med nedsatt kognitiv funksjon. Ved å benytte Doloplus-2 viser det seg at det registreres at flere pasienter har smerter, enn når sykepleierne ikke bruker smertekartleggingsverktøyet. Psykomotoriske reaksjoner er smerteindikatorer som scorer høyest, mens psykososiale reaksjoner scorer lavest (Torvik et al., 2010). Ved å benytte MOBID-2 som kartleggingsverktøy ble det rapportert smerter ved veiledet mobilisering av hofter, kne, ankler og forflytting i seng. Smerter som kan relateres til indre organer, befant seg i området rundt bekken og genitalier (Husebo et al., 2014). Det viser seg at ved å repetere kartleggingen med MOBID-2 flere ganger, øker påliteligheten på smerteintensitet. Ved å utføre kartleggingen flere ganger kan også flere ulike indikatorer på smerte observeres (Husebo et al., 2009). CPNI er prøvd ut i et studie gjort

på sykehjemspasienter i Norge. Ansatte i sykehjemmet beskriver verktøyet som enkelt i bruk, samtidig som det ikke er tidkrevende å bruke. Resultatet viser at skjemaet har tilfredsstillende pålitelighet på å identifisere om pasienten har smerter eller ikke. Likevel kan det være en risiko for at smerte ikke blir kartlagt hos pasienter som har mindre vanlige smerteuttrykk da CPNI kun tar for seg tre ulike smerteindikatorer (Nygaard & Jarland, 2006).

4.0 Diskusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til smertelindring ved hjelp av kartleggingsverktøy hos pasienter med demens i sykehjem.

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å identifisere pasientens behov

Resultatet viser at smerter hos eldre med demens ikke blir tilstrekkelig kartlagt og behandlet i sykehjem. Dette kan blant annet forklares med for liten kunnskap hos sykepleiere, samtidig som at smerter hos denne pasientgruppen kan være utfordrende å identifisere på grunn av atypiske smerteuttrykk. Det viser seg også at pasienter som er rammet av demens har et lavere forbruk av smertestillende medikamenter sammenlignet med andre pasientgrupper. Likevel er personer med demens utsatt for både over- og undermedisinering. Sykepleierens subjektive tolkning av smerte kan også være avgjørende for om pasienten mottar smertestillende medikamenter. Hos pasienter med demens ses ofte et atferdsmønster preget av uro, aggresjon og vandring. Det viser seg også at det er høy forekomst av psykofarmaka hos denne pasientgruppen.

Pasienter med redusert evne til å verbalisere sine smerter, kan være utsatt for ikke å få tilstrekkelig behandling for smertene. Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). At smertebehandling er en viktig, men også pålagt sykepleieroppgave beskrives i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor en grunnoppfatning av sykepleierens rolle er å lindre lidelse og fremme helse (NSF, 2011).

Smerter hos eldre ses ofte i sammenheng med slitasjegikt, hoftebrudd, osteoporose, hjertesvikt, urinveisinfeksjon og hjertesvikt (Proctor & Hirdes, 2001). Smerte oppfattes vanligvis ved at smertereseptorer aktiveres og sender impulser via nervebaner til ryggmargen og videre opp til hjernen. Dette varsler kroppen om at den er utsatt for fare, og er en livsviktig forsvarsmekanisme. Hurtig respirasjon, økt hjerterefrekvens, forhøyet blodtrykk, forhøyet temperatur og kvalme er vanlige kjennetegn på smerte. Hos eldre kan disse autonome reaksjonene være svekket eller utebli, noe som kan bidra til å gjøre smertekartleggingen utfordrende, spesielt hos pasienter med demens (Bjørø &

Torvik, 2014). Fysiologiske aldersendringer gjør at eldre kan ha en økt smerteterskel for akutt smerte, men på en annen side økt følsomhet for kroniske smerter (Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008).

For sykepleieren handler kartlegging og behandling av smerter i stor grad om å jobbe ut i fra sykepleieprosessen, som beskrives som en analytisk og systematisk tilnærming for å identifisere pasientens behov for sykepleie. Dette er en problemløsende metode bestående av fem faser, som viser til hvordan sykepleieren kan gå frem for å sikre helhetlig og individuell sykepleie (Dahl og Skaug, 2011). Med utgangspunkt i sykepleieprosessen vil sykepleierens oppgaver i smertebehandling være datainnsamling, observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, igangsette medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak, og evaluering av tiltakenes effekt. Etter hvert som sykepleieren tilegner seg kunnskap gjennom blant annet erfaring, kan det føre til at sykepleieprosessen blir implementert i en automatisk metode å jobbe ut i fra (Berenzen et al., 2011). Å tilegne seg kunnskap gjennom erfaring er en viktig del i det som beskrives som kunnskapsbasert praksis. For å jobbe kunnskapsbasert kreves det også kunnskap basert på forskning. Forskning bidrar til økt kunnskap om smerte, men kan samtidig gi økt forståelse av fenomenet hos sykepleieren (Berntzen et al., 2011). Sykepleieren har derfor et individuelt ansvar for å holde seg faglig oppdatert på teori, forskning og dokumentert praksis, noe som skal bidra til faglig forsvarlig praksis (NSF, 2011). At sykepleiere er oppdatert på forskning kan samtidig bidra til å redusere tilfeldig og vilkårlig praksis, som kan oppstå ved ulik interesse og holdninger hos sykepleieren (Berntzen et al., 2011).

Når pasienten har vanskeligheter med å uttrykke smerte verbalt, er det som sykepleier en viktig oppgave å kunne observere tegn på smerteatferd. Det blir viktig å vite hva som kan være vanlige tegn på smerte. Resultatet viser at smerteindikatorer som ansiktsuttrykk, ordløse lyder, aggresjon, opphisselse og uro ofte forekommer hos personer med demens. Ved observasjon av smerteatferd hos pasienten, er det viktig at sykepleieren tar i betraktning at smerte er en subjektiv opplevelse og atferden vil være individuell. En person med smerter kan for eksempel trekke seg tilbake og bli apatisk, mens en annen person kan bli urolig og utagerende (Bjoro & Torvik, 2010). Pasientens reaksjon på smerte avhenger blant annet av tidligere erfaringer og hvilken kultur vedkommende er vokst opp i. Fravær av observerbar smerteatferd, betyr derfor nødvendigvis ikke at pasienten er smertefri (Berntsen, 2010). Både kunnskap, holdninger og interesse hos den enkelte sykepleieren kan dermed bidra til store variasjoner i smertebehandlingen som gis (Berntsen, 2010). Pasienten må bli møtt med en holdning som består av å yte omsorg. Empati blir særlig viktig for å kunne sette seg inn i og forstå pasientens smerter. Det hevdes at å inneha empati styrker faglige vurderinger som blir tatt, noe som igjen bidrar til å styrke pasientens verdighet (Kristoffersen, 2011a).

Resultatet tilsier at smerter hos pasienter med demens *kan* være et noe oversett tema i sykehjem. Sykepleiere mener selv at deres kompetanse om smertekarlegging og smertelindring er *god* til *meget god*. Dette kan forklares med at sykepleierne tolker smerte ut i fra egne erfaringer og eget skjønn. Egne smerteopplevelser kan det på den ene siden være med på å bidra til at en lettere reagerer og klarer å sette seg inn i pasientens smerteopplevelse. På den andre siden er det fare for at pasientens oppfattelse av smerte vurderes ut ifra egen erfaring av smerte (Berntzen et al., 2011). Dersom sykepleieren ofte møter pasienter med smerter i sin yrkeshverdag, kan det føre til at sykepleieren reagerer med mindre empati for pasientens lidelse (Berntzen et al., 2011). Dette gjør seg også gjeldende når sykepleieren skal videreformidle observasjoner som blir gjort av pasienten til andre ansatte på avdelingen. Observasjonene som er gjort bør da beskrives konkret og presist, og ikke ut i fra sykepleierens subjektive tolkning av observasjonene (Berntsen, 2008).

Når observasjon av atferd benyttes for å identifisere smerte, bør sykepleieren på en annen side ta i betraktning at en atferdsendring hos pasienten også kan være et uttrykk for andre behov som ikke er dekket. Dette kan for eksempel være sult, tørste og problemer med eliminasjon (Rokstad, 2008). Atferdsendringer kan i tillegg være et tegn på personlighetsforandringer, som er en del av sykdomsforløpet ved demenssykdom (Bjørø & Torvik, 2010). Det nevnes innledningsvis at smerte som ikke blir kartlagt, kan føre til helsemessige konsekvenser hos pasienten. Både fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære kan stå på spill, samtidig som livskvaliteten kan reduseres betraktelig (Bjørø & Torvik, 2010). Smertene kan være et tegn på underliggende sykdom, noe som gjenspeiler nødvendigheten av at smerter blir kartlagt og videre behandlet (Kongsgaard, Wyller og Breivik, 2008). På bakgrunn av risikoen for både fysiske og psykiske konsekvenser for pasienten, vil behandling av smerter være en del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet som står sentralt i sykepleien (NSF, 2011). Smertekartleggingen som blir gjort må dokumenteres. Dette kommer inn under sykepleierens ansvar for å journalføre all helsehjelp som planlegges, iverksettes og evalueres (Moen, Hellesø & Berge, 2008).

Resultatet viser at pasienter med demens ofte står på psykofarmaka for ulike psykiske plager. Utgangspunktet for bruk av denne medikamentgruppen kan være å bedre pasientens atferd og behandle hallusinasjoner og vrangforestillinger, angst, depresjon og søvnforstyrrelser (Kongsgaard, 2008). En utfordring ved medikamentell smertebehandling, er at eldre ofte har flere ulike sykdommer som krever behandling. Polyfarmasi gir økt risiko for interaksjoner og bivirkninger. I tillegg krever bruk av analgetika hos eldre personer at det tas hensyn til aldersrelaterte endringer som kan påvirke legemiddelets virkning (Kongsgaard, 2008). Forandringer i hjernen som oppstår ved demens disponerer for utvikling av psykiske plager (Bjørø & Torvik, 2008). Det kan være vanskelig å skille mellom atferd som skyldes demensdiagnosen, eller atferd som skyldes smerte (Husebø, 2009).

En studie viser at bruken av psykofarmaka ble redusert, når pasientene fikk smertestillende medikamenter. Derfor vil det være aktuelt å undersøke og kartlegge om smerter hos pasienten kan være en utløsende faktor for psykiske plager eller urolig atferd hos pasienten (Husebø, 2011). Forskning viser at personer med langvarig smerte har større risiko for å utvikle blant annet angst, depresjon og søvnproblemer (McWilliams, Goodwin & Cox, 2004).

Medikamentell behandling av smerte er ofte et tiltak som blir igangsatt. På en annen side er det viktig og dersom det er mulig, bør også ikke-medikamentelle metoder prøves ut. Ved kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan økt effekt oppnås. Ikke-medikamentell behandling innebærer både fysiske og psykologiske tiltak. Eksempler på slik behandling kan være musikkterapi, fysisk aktivitet, massasje og pasientundervisning (Bjørø & Torvik, 2010).

4.1.2 Rapportering og evaluering på systemnivå

Resultatet viser at flere sykehjem ikke har felles rutiner eller systemer for å kartlegge smerte. På bakgrunn av dette viser det seg at smerte blir kartlagt i liten grad. Ved et manglende overordnet system i virksomheten vil det bli store variasjoner i smertebehandlingen, ut i fra den enkeltes kompetanse og interesse.

Arbeidsgiver og leder har et systemansvar der rutiner, dokumentasjon, og faglig bemanning skal sikres, dette er regulert i Helsepersonelloven (2015). Ut i fra resultatet fremstilles det at organisasjonsmessige forhold på systemnivå i sykehjemmet har betydning for smertebehandlingen. Dette kan blant annet forklares med flere faktorer som mangel på engasjement, støtte og klare retningslinjer (Bjørø & Torvik, 2010). Det viser seg å være store variasjoner i hvordan ledelsen ved sykehjem har lagt opp til undervisning og opplæring av personalet i smerte og bruk av kartleggingsverktøy. I tillegg til et individuelt ansvar blant ansatte, har arbeidsgiver og leder et systemansvar der rutiner, dokumentasjon og faglig bemanning skal sikres (Helsepersonelloven, 2015).

At det finnes mangel på kompetanse om smerte blant personalet er dels et individuelt ansvar, men en stor del av ansvaret ligger også på ledelsesnivå. Resultatet viser at et fåtall sykehjem har ansatte med spesialkompetanse på smerte. Dette er et komplekst og sammensatt fenomen. Hos pasienter med demens kan dette temaet være en stor utfordring. Sykehjem bør derfor være avhengig av at personale har opplæring og etter- eller videreutdanning innenfor feltet for å styrke smertebehandlingen som gis (Bjørø & Torvik, 2010).

Virksomheten har også et ansvar for å sikre at effektiv og faglig journalføring blir gjort ved å etablere rutiner blant ansatte og følge opp systemet for journalføring (Moen, Hellesø & Berge, 2008). Dette vil samtidig gå under kravet om faglig forsvarlighet. Der institusjonen skal sikre tilstrekkelig

kompetanse og at det foreligger tilfredsstillende rutiner for hvordan prosedyrer og tiltak skal gjennomføres (NSF, 2011). Systematiske rutiner på hvordan smertekartlegging og smertelindring skal gjennomføres i sykehjemmet vil gi et felles fokus på smerte blant ansatte, samtidig som det vil bidra til kontinuitet for pasientbehandlingen. Et felles fokus for ansatte vil samtidig bidra til mindre variasjoner i kartlegging og smertebehandling (Vabo, 2014). I Norge i dag finnes det ingen nasjonale retningslinjer for smertekartlegging hos eldre. For å hindre store variasjoner og for å kvalitetssikre smertekartleggingen kan det tenkes at slike felles retningslinjer er av stor betydning (Torvik, 2012).

4.1.3 Tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende

Resultatet viser at et godt tverrfaglig samarbeid bidrar til god smertekartlegging og smertelindring. Sykehjem opplever store variasjoner i samarbeid innad i personalgruppen, både med lege og annet pleiepersonell. Inkludering av pårørende i pasientbehandlingen kan være hensiktsmessig, men samtidig være utfordrende.

Tverrfaglig samarbeid er generelt nødvendig i arbeidet med pasienter med demens. Den demensrammede pasienten har sammensatte behov. Dette gjør at det er nødvendig med samarbeid og samordning av hjelp fra flere ulike yrkesgrupper. Dette er en forutsetning for at pasienten skal kunne få tilpasset helsehjelp etter sine individuelle behov (Smebye, 2008). Ett mål i Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, handler om å bedre og utvide det tverrfaglige samarbeidet i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Et samarbeid mellom ulike yrkesgrupper vil øke kunnskap hos alle parter, som videre også øker kvaliteten i smertebehandlingen som gis (Kristoffersen, 2011b).

Det vil være nødvendig med et samarbeid mellom blant annet sykepleier og lege i smertebehandling, men dårlig definert ansvar kan gjøre dette utfordrende (Bjørø & Torvik, 2010). Ansvarsfordeling mellom sykepleiere, annet helsepersonell og lege er viktig, slik at alle parter er sikre på sin rolle i smertebehandlingen. Sykepleieren tilbringer mye tid med pasienten og er ansvarlig for å observere og kartlegge smerte, bivirkninger og effekt av smertelindrende tiltak. Legen er ansvarlig for forordning av medikamentelle tiltak (Torvik, 2013). I resultatet kommer det frem at sykepleiere mener at refleksjon og samtale med andre pleiepersonell bidrar til å identifisere smerte og pasientens behov for smertelindrende tiltak. Gjennom refleksjon med andre utveksles erfaringer og opplevelser. Dette er med på å styrke, bevisstgjøre og utvikle faglig praksis (Kristoffersen, 2011b).

Bjørø & Torvik (2010) hevder også at manglende dokumentasjon og lite kontinuitet utgjør barrierer for systematisk smertekartlegging og behandling (Bjørø & Torvik, 2010). Dokumentasjon i sykepleie er en viktig faktor som bidrar til kontinuitet, trygghet og kvalitet. Pasientens opplevelse av smerte, i dette tilfellet hvordan pasienten reagerer på smerte og behandlingen som er iverksatt, samt effekt av

behandling skal dokumenteres i pasientens journal (Berentzen et al., 2011). Resultatet viser at ikke alle sykehjem har egne områder i pasientjournalen hvor smerte skal evalueres og dokumenteres. Å benytte systematiske kartleggingsverktøy, kan være en oversiktlig og ryddig måte å dokumentere smerte på. Smerten registreres og dokumenteres da konsekvent, noe som samtidig fremmer kommunikasjonen mellom ansatte (Bjørø & Torvik, 2008). Resultatet viser også til dårlig samarbeid mellom sykepleier og lege, hvor sykepleieren ikke får aksept for sine observasjoner. Dersom smertekartlegging er gjort på forhånd, er dette dokumentasjon som er med på å styrke observasjonene av pasienten. Spesielt hvis sykepleier kan vise til symptomer på smerte over lengre tid. Når kartlegging foregår systematisk og dokumenteres, gir det grunnlag for valg av smertelindrende tiltak og videre evaluering av effekten av tiltakene. Dette kan bidra til tilpasset tverrfaglig behandling som inkluderer både lege, sykepleiere og annet helsepersonell ved sykehjemmet (Kamel, Phlavan, Malekgoudrazi, Gogel & Morley, 2001).

Tverrfaglig samarbeid, som samtidig inkluderer pasienten og pårørende, bidrar til en målrettet kartlegging og behandling av smerte (Bjørø & Torvik, 2010). Resultatet viser at pårørende blir sett på som en viktig ressurs i smertekartlegging og behandling. I Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) beskrives pårørendes rolle som viktig der de skal beskytte pasientens interesser og bidra til at beslutninger som tas, er til pasientens beste. Det vil være viktig å se på pårørende som en nyttig og nødvendig ressurs. Dette er spesielt viktig når det gjelder pasienter med demens hvor språkfunksjonen er svekket. I slike tilfeller kan pårørende både være en kunnskapskilde og en representant for pasienten (Helsedirektoratet, 2008). Dersom pasientene har en urolig eller endret atferd, samt at smertelindrende tiltak er utprøvd, kan pårørende bidra med å tolke pasientens atferd. Eksempler kan være opplysninger om pasientens tidligere væremåte, interesse og arbeidsliv (Berentsen, 2008). Det finnes også et etisk aspekt når pårørende inkluderes i pasientbehandlingen. Ethiske utfordringer oppstår dersom pårørendes behov ikke samsvarer med pasientens behov. Det vil da være sykepleierens selvstendige ansvar at beslutninger som tas er til pasientens beste (Dreyer, Førde & Nordtvedt, 2011)

4.1.4 Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy

Resultatet viser at smertekartleggingsverktøy som baserer seg på observasjon er et godt hjelpemiddel til å identifisere smerte hos demente pasienter som ikke kan selvrappportere smerte. Resultatet presenterer tre ulike smertekartleggingsverktøy som har vært utprøvd i norske sykehjem. Disse har blitt vurdert til å ha god validitet. Smertekartlegging er en forutsetning for en optimal og individuell smertebehandling, og dermed bør sykepleieren benytte kartleggingsverktøy som er tilpasset pasientens funksjonsnivå (Torvik & Bjørø, 2008).

American Geriatrics Society (2002) har utarbeidet hovedkategorier som bør være inkludert i smertekartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i å kartlegge smerte hos pasienter med demens. Kategoriene som er beskrevet fremstilles i følgende tabell.

Tabell 3: Smerteindikatorer som kan observeres hos personer med demens

<p><u>Ansiktsuttrykk:</u> Engstelig, trist ansiktsuttrykk, grimasering, rynket panne, kniper øynene sammen, rask blinking.</p> <p><u>Verbale/ vokale uttrykk:</u> sukking, jamring, klaging, stønning, roper på hjelp, grov munnbruk, støyende respirasjon, monoton roping. 1</p> <p><u>Kroppsbevegelser:</u> rigid og anspent kroppsholdning, beskyttende kroppsbevegelser, uro, rastløshet, vandring, vuggende bevegelse, innskrenket bevegelse, endret gang- eller aktivitetsmønster.</p> <p><u>Endringer i mellommenneskelig samhandling:</u> aggressiv, utagerende, irritabel, tilbaketrekking, isolering, mindre sosial samhandling, upassende sosial atferd, forstyrrende oppførsel.</p> <p><u>Endringer i aktivitetsmønster/rutiner:</u> spisevegring, endret appetitt, hviler mer enn vanlig, endringer i søvnmønster, motsetter seg stell/hjelp, endring i innarbeidete rutiner/vaner, vandring.</p> <p><u>Mentale forandringer:</u> roper, klynker, tiltagende forvirring, delirium, irritabel, virker lidende.</p>
--

(American Geriatrics Society, 2002).

Det vil være opp til hver enkelt sykepleier å avgjøre hvilke kartleggingsverktøy som blir benyttet hos pasienten, men det er avgjørende at har en felles forståelse av verktøyet og at en har opplæring i bruken av det. I en travel hverdag vil kartleggingsverktøy som er enkle i bruk og som samtidig er lite tidkrevende, øke sannsynligheten for at de blir benyttet (Nygaard, 2012).

I følge Eide & Eide (2007) er nonverbal kommunikasjon vel så viktig som verbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er utgangspunktet for å identifisere smerte ved observasjon. Sykepleieren må kunne tolke endringer i pasientens nonverbale språk og det vil derfor være en forutsetning av den som utfører smertekartleggingen innehar kjennskap til pasienten (Nygaard, 2012). Vesentlig for smertekartleggingen er at dette også gjøres både før, under og etter at smertelindrende tiltak er satt i gang (Nygaard, 2012).

Som Closs et al., (2004) påpeker, er selvrapporing av smerte den mest sikre måten å kartlegge smerte på. Dette krever at pasienten er i stand til å selv tolke sin egen smerte og uttrykke den verbalt. Smerte er en subjektiv opplevelse og det er derfor viktig at sykepleieren tar i betraktning at observasjonsbaserte kartleggingsverktøy *kun* brukes for å anslå smerten hos pasienten. Dette gir dermed ikke noen garanti for at smerten vil bli tilstrekkelig kartlagt og videre behandlet. Dette gjenspeiler at smertekartlegging er en kontinuerlig prosess.

Resultatet presenterer tre ulike smertekartleggingsverktøy. Det viser seg at det blir identifisert mer smerte hos pasientene når disse benyttes. Dersom det tas utgangspunkt i de seks hovedkategoriene American Geriatrics Society har utarbeidet for observasjon av smerte ved demens, finnes både styrker og svakheter ved hvert verktøy.

Det forstås slik at fem av seks kategorier er inkludert i Doloplus-2 (Vedlegg 4). Kategorien som omhandler mentale endringer er ikke inkludert. Ut i fra (Vedlegg 3) ser det ut til at MOBID-2 inneholder tre av seks kategorier. Endringer i aktivitetsmønster/rutiner og endringer i mellommenneskelig samhandling ser ut til å være kategoriene som mangler. MOBID-2 tar utgangspunkt i bevegelser som er tilpasset dagligdagse gjøremål hos pasienten i et sykehjem. Dette kan være en styrke ved verktøyet som gjør det enklere og kan bidra til at kartleggingen blir en del av den daglige rutinen hos pasienten. CNPI forstås ut i fra (Vedlegg 5) slik at tre av seks kategorier er inkludert. Kategoriene som tar for seg endringer i sosial samhandling og endringer i aktivitetsmønster/rutiner er ikke beskrevet. Dersom CPNI benyttes, observeres ulike atferdsmønstre når pasienten er i ro eller i bevegelse. Det kysse enten «ja» eller «nei» for tilstedeværelse av de nedfelte punktene. Det er ikke definert noen grenseverdi for hva som oppfattes som smerte, som igjen vil gjøre det utfordrende å identifisere alvorlighetsgraden av smerten som blir identifisert. CPNI ble først og fremst utviklet for å kartlegge smerter postoperativt etter lårhalsbrudd hos pasienter uten verbalt språk, men viser seg å være overførbart hos pasienter med demens i sykehjem (Torvik, 2012).

Både Doloplus-2 og MOBID-2 tar for seg bevegelser pasienten skal utføre i samarbeid med sykepleier. Bevegelsene er tilpasset slik at de kan benyttes ved dagligdagse gjøremål på sykehjemmet. Stellsituasjoner er en god arena for å kartlegge smerte, og beskrives av Brodtkorb (2014) som *mulighetens arena*. Under stell eller bistand til personlig hygiene, vil observasjoner av hud, sår eller andre synlige tegn på kroppen være med å avdekke smerte (Rokstad, 2008). Ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser går igjen som smerteindikator i alle tre kartleggingsverktøyene. Ut i fra disse ble uttrykkene ofte blitt observert hos pasienter, og kan være de mest sikre tegne å gå ut i fra (Bjørø & Torvik, 2008).

Sykepleieren må være bevisst på både styrker og svakheter ved kartleggingsverktøyene når disse benyttes. Dersom et standardisert verktøy inkluderer for få smerteindikatorer, kan det være en fare for at smerten ikke blir identifisert (Bjørø & Torvik, 2010). En fellesnevner for alle tre verktøyene er at de skal fange opp om pasienten har smerter, men på ulik grad sier noe om alvorlighetsgraden av smerte.

Studier viser at eldre med kognitiv svikt kan være i stand til å bruke enkle kartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i selvrapporing (Closs, Barr, Briggs, Cash & Seers, 2004). Da smerte er en subjektiv opplevelse, er selvrapporing av smerte den eneste sikre metoden å kartlegge smerte på. Da kan en numerisk skala (NRS), eller en verbal skala (VRS) benyttes. Dette avhenger av at pasienten kan gi verbal tilbakemelding og at pasienten graderer sin smerte. Dette tydeliggjør viktigheten av at pasienter med demens spørres om de har smerter, i tillegg til kartlegging av smerter som baseres på observasjon (Bjørø & Torvik, 2008). For å bidra til at pasienter med demens skal gjøre seg forstått er det nødvendig for sykepleieren å utføre hjelpende kommunikasjon. En slik type profesjonell kommunikasjon har som formål å fremme helse, forebygge sykdom og å lindre lidelse hos pasienten basert på sykepleiers verdigrunnlag (Eide & Eide, 2007). I et av de 14 grunnleggende behovene Virginia Henderson har utarbeidet, beskrives det at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å gjøre seg forstått eller å uttrykke sine behov. Ved å benytte hjelpende kommunikasjon eller smertekartleggingsverktøy kan sykepleieren bidra til nettopp dette (Henderson, referert i Kristoffersen, 2011a). At sykepleieren behersker gode kommunikasjonsferdigheter spesielt i møte med pasienter med demens, kan det bidra til å forstå pasienten som person som videre også kan hjelpe pasienten til å føle seg forstått (Eide & Eide 2007). I følge Benner og Wrubel er et kjernepunkt i sykepleien å hjelpe pasienten til å mestre tap, sykdom og lidelse (Benner & Wrubel, referert i Kristoffersen, 2011a). (Berentzen et al., 2011) beskriver viktigheten av å få en forklaring på smerten pasienten føler på. Noe som videre kan bidra til at pasienten lettere kan akseptere eller mestre smerten. Selv om det kan være uvisst hvor mye informasjonen en person med demens oppfatter, er det likevel viktig at sykepleieren forsøker å gi en mulig forklaring på smertene (Eide & Eide, 2007). At sykepleieren har evne til å vise empati og forståelse for pasienten, kan være en trøst i seg selv. I kommunikasjon med pasienter med demens vil bekreftelse på det pasienten formidler enten verbalt eller nonverbalt, være et kjerneord (Eide & Eide 2007).

4.2 Metodediskusjon

Når et allment litteraturstudie benyttes som metode kan utvelgelsen og sammenfatningen av allerede eksisterende litteratur være utfordrende. En god litteraturstudie skal gi en systematisk oversikt over temaet, og skal derfor ikke kun belyse ens eget eller et synspunkt. Når den eksisterende forskningen tolkes, må lesningen foregå kritisk da forfatteren enten kan prioritere eller nedprioritere forskning avhengig av resultat (Aveyard, 2014). I dette litteraturstudiet er det tilstrebet å vinkle oppgaven slik at den på best mulig vis gir en oversiktlig fremstilling av litteratur som besvarer hensikten.

Søkeordene som er benyttet under søk i databaser er valgt ut på bakgrunn av litteraturstudiets hensikt. For å gjøre oppgaven ytterligere praksisnær for sykepleie kunne søkeordet «nursing» blitt

benyttet for å inkludere forskningsartikler hvor det kun omhandler sykepleiere. I sykehjem er det nødvendig med et tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Søkordet «nursing» kan derfor være med på å ekskludere relevant forskning. Ettersom hensikten i oppgaven tar for seg pasienter i sykehjem, kunne søkeordet «nursing home» ha blitt benyttet mer konsekvent gjennom alle søkene. Det ble gjort flere søk uten dette søkeordet, hvor det ble funnet frem til artikler som er benyttet. Det kan tenkes at sykehjemmet er et sted hvor smertekartleggingsverktøy kan benyttes som hjelpemiddel over lengre tid, men det kan også være aktuelt å bruke samme kartleggingsverktøy for sykepleiere i hjemmetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

I datainnsamlingen er kun to databaser benyttet, Svemed+ og Medline. Studiet kunne med fordel benyttet flere databaser for å få et bredere utvalg i litteraturen. De to databasene er anerkjente og er omtalt som kilder av kvalitet og pålitelighet. Dersom flere og mindre anerkjente databaser hadde blitt benyttet, kunne studien sammenfattet et mindre pålitelig og kvalitetssikkert resultat. Flere av artiklene som inkluderes presenterer nokså like resultater. Dette kan både være en styrke for oppgaven, da resultatet oppnår høyere troverdighet dersom flere kilder bekrefter hverandre. På en annen side kan dette være en svakhet da bredden på resultatet blir smalere.

I oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier kunne det med fordel blitt avklart hvilken grad av demens pasientgruppen har. I noen av forskningsartiklene som er benyttet blir grad av demens hos pasientene som inkluderes i studiet avklart, men i andre artikler er dette ikke beskrevet. Felles for alle er at de inkluderer personer med demens. I denne oppgaven dreier det seg om å kartlegge smerte hos pasienter som har manglende eller redusert evne til å kommunisere smerte verbalt. Dette begrenser oppgaven til å inkludere litteratur som bruker observasjon av atferd.

I oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier er det beskrevet at forskning fra de 10 siste årene skal prioriteres. Dette på bakgrunn av at resultatene som fremstilles skal være mest mulig oppdatert. Litteraturstudiet inkluderer hovedsakelig litteratur innenfor dette tidsrommet, men et studie fra 2005 ble benyttet. Denne artikkelens relevans for litteraturstudiet var årsaken til at artikkelen likevel ble tatt med. Dette gjelder også annen teori som er benyttet i oppgaven med publiseringsårstall tidligere enn 2006. Det er tilstrebet å benytte artikler som er godkjent av Regional etisk komité. Denne komiteen sikrer at forskningen er gjort i samsvar med Helseforskningsloven og Forskningsetikkloven. Noen av artiklene er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, som er et personvernombud for forskning. I to av forskningsartiklene kan det forstås slik at det ikke fremstilles noen godkjenning, hverken fra Regional etisk komite eller Norsk senter for forskningsdata. Før artiklene ble inkludert ble de nøye gransket. Artiklene tar etiske hensyn hvor all informasjon er anonymisert og ble derfor likevel inkludert. Resultatet fremstiller artikler fra Norge, Frankrike,

Nederland, Kina og USA. Hovedvekten ligger på forskning gjort i Norge, og dette anses som en styrke for oppgaven. Forskning innenfor smerte som er gjort i andre land, også utenfor Europa, anses likevel som relevant og overførbart for sykepleiere i Norge. Tre av 13 inkluderte artikler er skrevet på norsk og dette sees på som en styrke i oppgaven. De øvrige artiklene er skrevet på engelsk og oversettelsen til Norsk kan være tolket noe avvikende fra originalen. Det er likevel prøvd å oversette artiklene så presist og korrekt som mulig.

At resultatet inkluderer både kvalitativ og kvantitativ forskning, er en styrke for oppgaven da det gir et bredt innhold i resultatet. En fordel med å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning i et litteraturstudie er ifølge Forsberg & Wengström (2012) at et fenomen belyses med ulik informasjon og synsvinkler. Kvalitativ forskning gir en prestasjon av menneskers forståelse og opplevelse av et fenomen. I dette litteraturstudiet kommer et frem hvilke personlige erfaringer sykepleiere og annet helsepersonell har om smertekartlegging og smertelindring, samt deres kompetansenivå. Kvantitativ forskning gir målbare data og en bred oversikt over det forskningen tar for seg.

5.0 Konklusjon

- Den forventede levealderen i Norge er stigende. Parallelt med en økende alder i befolkningen, vil også antallet som rammes av demens øke.
- Smerte forekommer ofte hos eldre, og hos personer med demens kan behandling av smerte være utfordrende.
- Sykepleieren har ansvar for å identifisere nonverbale smerteuttrykk hos pasienten og videre sette i gang smertelindrende tiltak. Dokumentasjon og evaluering av tiltak bidrar til å kvalitetssikre smertebehandlingen som gis.
- At sykehjemsavdelingen har gode rutiner for smertekartlegging og smertebehandling er av stor betydning.
- Et godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig i smertebehandling hos pasienter med demens. Pårørende kan bidra til å identifisere pasientens behov, men samtidig være etisk utfordrende.
- Forskning viser at smertekartleggingsverktøy som baserer seg på observasjon av nonverbale smerteindikatorer, er et godt hjelpemiddel for sykepleieren i smertebehandling hos pasienter uten verbalt språk.
- Resultatene viser at kompetansenivået hos sykepleierne omkring smerte kan være for lavt. Et økt fokus på undervisning og opplæring på temaet kan bidra til å bedre smertebehandlingen til pasienten. Fokuset bør både ligge på individuelt og organisatorisk nivå på sykehjemmet. I tillegg er det antakeligvis nødvendig med mer forskning innenfor feltet.

6.0 Litteraturliste

- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide*. Berkshire: Open University Press.
- American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(6), 205-224. doi: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x.
- Ahn, H. & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*. 13(14), 1471-2318. doi: 10.1186/1471-2318-13-14.
- Berentsen, D.V. (2010). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H.A. (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg. s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berentsen, D.V. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Oslo: Forlaget for Aldring og helse.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I Almås H., Stubberud D-G., & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie*, bind 1. (4. utg., s. 355-398). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, k. & selbæk, G., 2012). Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 17(132), 1956-1959. doi: 10.4045/tidsskr.12.0194.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H.A. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til dem gamle pasienten*. (1. utg. s. 333-348). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørø, K & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I Rustøen, T. & Wahl, K. A. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 182-199). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørk, T.I. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Closs, S., J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & Seers, K., A. (2004). Comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 196-205. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.010>.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- de Souto Barreto, P., Lapeyre-Mestre, M., Vellas, B. & Rolland, Y. (2013). Potential underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Pain*, 154(11), 2427-2431. doi: 10.1016/j.pain.2013.07.017.
- Dreyer, A., Førde, R. & Nordtvedt, P. (2010). Life- prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice. *Journal of Medical Ethics*. doi: 10.1136/jme.2010.036244.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Demens- Folkehelse rapporten 2014*. Hentet 15. mars 2016 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110544::0:7243:3::0:0
- Forsberg, C., & Wengström J. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Granheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
- Helsedirektoratet (2008). *Pårørende: En ressurs*. Hentet 10. april fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-samarbeid-med-parorende-innen-psykiske-helsetjenester>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Framtidas helseutfordringer*. (St.meld.nr. 25 2005-2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet 23. april fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=4>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet 15. mars 2016 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helsenorge.no. (2015). Demens og rettigheter. Hentet 14. mars 2016 fra <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/rettigheter-demens>

- Henderson, V. (1997) *Sykepleierens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Husebo, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19(8). doi: 10.4045/tidsskr.08.0660.
- Husebo, B., Strand, I. L., Moe-Nilssen, R., Husebo, B. S. & Ljunggren, E. A. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Nordic College Of Caring Science*. (23), 180-189. doi: 10.1111./j.1471-6712.2008.00606.x.
- Husebo, B. S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R. Husebo, S.B. & Ljunggren (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(2), 380-91. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x.
- Husebø, B. S., C. Ballard, R. Sandvik, O.B. Nilsen og D. Aarsland (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing home with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 343(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4065>.
- Husebo, B. S., Ostelo, R. & Strand, I. L. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 1419-1430. doi: 10.1002/epj.507.
- IASP (2014). *Pain Taxonomy*. Hentet 16. mars 2016 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>.
- Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G. F. (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronicissues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B. & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 5(28), 128-591. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1662467>
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E- A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1. (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1. (2. utg., S. 282-333). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2011c). Sykepleie: Kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, J.N., Nordtvedt, F. & Skaug, A-E. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1. (2. utg., s. 161-206) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, A. T. & Knudsen, L-B. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk sykepleieforskning*, 3(4), 287-299. Hentet fra https://www.idunn.no/nsf/2013/04/systemer_for_aa_avdekke_smertehos_eldre_personer_i_utviklin
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/138717/Sletteb%C3%B8_2013_Smertekartlegging.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lov om helsepersonell, LOV-2015-12-18-121. (2015). Hentet 06. april 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-2015-05-22-32. (2015). Hentet 05. april 2016 fra <http://www.nord.no/no/bibliotek/skrive-og-referere/apa-6th-uin#!&acd=0333b141-9c2e-380c-b95b-7cbcf5e9d2f5&acd=08e52d37-a54b-72ba-18a4-03693aa57c08>
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D. & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111, 77-83. doi:10.1016/j.pain.2004.06.002.
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS.
- Nygaard, A. H. (2012). Kroniske, ikke ondartete smerter hos gamle. I Bondevik, M. & Nygaard, A. H. (Red.) *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. (3. utg., s. 267-277). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nygaard, A. H. & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (20), 730-737. doi: 10.1002/gps.1350.

- Nygaard, A. H. & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*. doi: 10.1093/aging/afi211.
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 06. april 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Proctor, W.R. & Hirdes J.P. (2001). Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain research and management*, 6(3), 119-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2001/978130>.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Utfordrende atferd i Rokstad, A. M. M & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens-møte og samhandling*. (S. 180-206). Oslo: Akribe AS.
- Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens i Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens-møte og samhandling*. (Side. 13-26). Oslo: Akribe AS.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 408-435). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K. (2013). Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge. *Senter for omsorgsforskning: Midt-Norge*. (Rapportserie nr. 2).
- Torvik, K. (2012). Smertekarlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon. *Senter for omsorgsforskning: Midt-Norge*. (Særtrykk nr. 10).
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Jacob, H. C., Fayers, P. & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients – an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*, 10(9), 1471-2318. doi: 10.1186/1471-2318-10-9.
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2008). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849. doi: 10.1177/0269216308098800.
- Torvik, K., Nordtug, B., Brenne, K.I. & Rognstad, K-M. (2014). Pain Assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes In Mid-Norway: A Cross-sectional Survey. *American Society for Pain Management Nursing*, 16(4), 602-608. doi: 10.1016/j.pmn.2015.01.001.
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. (2.utg) Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

World Health Organization (2016). Definition of an older or elderly person. Hentet 13. mars 2016 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Yat Wa Liu, J. & Lai, C. (2014). Implementation of observational pain management protocol to improve pain management for long-term institutionalized older care. *Trials Journal*, 15(78). doi: 10.1186/1745-6215-15-78.

Zwakhalen, S., Hamers, J. Peijnenburg, R. & Berger, M. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *The Journal of the Canadian Pain Society*, 12(3). Hentet fra <http://search.proquest.com/openview/69594eea2e7fba99465d96ca0d101f1a/1?pq-origsite=gscholar>

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Lillekroken & Slettebø (2013) Vård i Norden Norge	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer	Utforske erfaringene sykepleiere har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens	Kvalitativ	18	Det å arbeide med pasienter med demens er både faglig spennende, men også utfordrende med tanke på smertekartlegging og smertelindring. Det benyttes sjeldent eller aldri smertekartleggingsverktøy. Sykepleieren må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos demente	Godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Larsen & Knudsen. (2013) Nordisk sygeplejeforskning. Norge	Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingssektorene for sykehjem og hjemmetjenester	Beskrive prosedyrer og rutiner for å avdekke smerte i sykehjem og hjemmetjenester	Kvantitativ	780	Kvalitet i kartleggingen avhenger av personalets kompetanse og hvordan virksomheten har lagt til rette for avdekking av smerte (rutiner, prosedyrer, pasientjournalssystemer). Mangel på systemer i virksomheten fører til at det	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

					blir opp til den enkelte yrkesutøver å sikre kvalitet i arbeidet med smerteproblematikk	
--	--	--	--	--	---	--

Forfatter (e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) Geriatrisk sykepleie Norge	Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Se på sykepleiernes erfaringer fra å vurdere smerte hos personer med langtkommen demens	Kvalitativ	5	Utfordringer med smertebehandling skyldes vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglig kunnskap og manglende samarbeid mellom leger, sykepleiere og pårørende	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Forfatter (e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Husebo, Ostelo & Strand (2014) European Journal of Pain. Norge	The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia	Undersøke gyldigheten av MOBID-2 smerteskala	Kvantitativ	352	Smertekartleggingsverktøyet Mobid-2 ble brukt etter at pasientene mottok smertestillende medikamenter. MOBID-2 ble vurdert til å ha god validitet	Godkjent av regional etisk komité

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunggren. (2009) Scandinavian Journal of Caring Science Norge	Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia : Reliability of the MOBID pain Scale by video uptake	Undersøke atferd som kan indisere smerte hos pasienter med demens ved å benytte MOBID-2-skalaen	Kvantitativ	37	Lyder som kan uttrykke smerte, ansiktsuttrykk og DEFENCE var indikatorene som oftest ble registrert. MOBID-2-skala viser seg å være et pålitelig verktøy i kartleggingen av smerte hos pasienter med demens. Ved å repetere kartleggingen økte scoren på smerte	Godkjent av regional etisk komité.

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Yat Wa Liu & Lai (2014) Trials Journal Kina	Implementation of observational pain management protocol to improve pain management for long-term institutionalized older care residents with dementia:	Finne ut om en observasjonsprotokoll for smertelindring kan forbedre smertebehandlingen i sykehjem for demente pasienter	Kvantitativ	122	Gode smertekarleggingsverktøy bør bli brukt i sykehjem som en del av daglige rutiner	Godkjent av regional etisk komité

	study protocol for a cluster-randomized controlled trial					
--	--	--	--	--	--	--

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
De Souto Barreto, Lapeyre-Mestre, Vellas, Rolland (2013) Pain Frankrike	Potential underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia : A cross-sectional study	Finne ut om fraværet av smertevurdering reduserer bruken av analgetikum hos pasienter med demens	Kvantitativ	6275	Det viser seg at det er en lavere bruk av analgetikum hos pasienter med demens. Det er nødvendig med en forbedring i smertebehandling blant pasienter med demens. Implementering av systematisk vurdering av smerte, vil bedre smertebehandlingen	Godkjent av regional etisk komité

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, Hølen, Fayers & Rustøen (2010) BMC Geriatrics	Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients-an evaluation of Doloplus	Vurdere bruken av Doloplus-2 hos pasienter uten verbalt språk samt å se på sykepleieres vurdering av smerte sammenlignet med	Kvantitativ	77	Det viste seg at flere pasienter ble registrert med smerter etter vurdering med Doluplus-2	Godkjent av etisk komité

Norge	-2 in a clinical setting	vurderinger ut i fra Doloplus-2				
-------	--------------------------	---------------------------------	--	--	--	--

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Zwakhale n, Hamers, Peijnenburg & Berger (2007) The journal of the Canadian Pain Society Nederland	Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia	Samle informasjon om ansattes kunnskaper og meninger om ulike aspekter av smerte hos pasienter med demens	Kvantitativ	123	Studien viser at det finnes manglende kunnskap om ulike aspekter av smerte hos ansatte i sykehjem, selv om ansatte selv var fornøyd med hvordan smerte ble kartlagt og behandlet i sykehjemsavdelingen. Utdanningsnivået blant ansatte hadde betydning for deres kunnskaper	Forskningen er godkjent av ledelsen på sykehjemmene samt at all informasjon er anonymisert

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Nygaard & Jalland (2005) International journal of geriatric psychiatry Norge	Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk of inadequate pain treatment?	Undersøke bruken av analgetikum hos sykehjemsbeboere, samt å se på om det er forskjeller i bruken blant pasienter som er kognitivt redusert og pasienter som har en demensdiagnose	Kvantitativ	125	Det viser seg at det er en lavere bruk av analgetikum blant demente kontra pasienter som er kognitivt redusert	Godkjent av regional etisk komité

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Ahn & Horgas (2013) BMC Geriatrics USA	The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia	Undersøke sammenhengen mellom smerter og urolig atferd hos demente	Kvantitativ	56 577	Smerte er knyttet til aggressiv og opphissende atferd, og ikke til forstyrrende atferd som vandring. For å redusere forstyrrende atferd bør smertekartlegges og behandles. Det er da nødvendig med nøye utarbeidete smertekartleggingsverktøy	

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Torvik, Nordtug, Brenne & Rognstad (2015) Pain Management Nursing Norge	Pain Assessment Strategies in Home Care and nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey	Undersøke bruken av ulike smertekartleggingsverktøy i hjemmetjenesten og på sykehjem	Kvantitativ	392	Smertekartleggingsverktøy blir ikke ofte benyttet i hverken hjemmetjeneste eller sykehjem. Verbale og numeriske verktøy ble hyppigere benyttet i hjemmetjenesten enn i sykehjem. I sykehjem ble det benyttet standardiserte spørsmål rundt smerte hyppigere enn i hjemmetjenesten	Godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Forfatter(e)	Tittel	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
--------------	--------	---------	--------	-----------	---------------	--------------------

År Tidsskrift Land						
Nygaard & Jarland (2006) Agening Oxford Journals Norge	The Checklist of Nonverb al Pain Indicator s (CNPI): testing of reliabilit y and validity in Norwegi an nursing Homes	Teste ut troverdighet og validitet av Sjekklister for non-verbale smerteindikatorer (CNPI)	Kvalitativ	46	CNPI er et enkelt og lite tidkrevende kartleggingsverktøy. Dette kartleggingsverktøyet kan benyttes av både av sykepleiere og annet helsepersonell	Godkjent av regional etisk komité

Vedlegg 2: Tabell for vurdering av forskningsartikler

Tabell Vurdering av forskningsartikler. Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr:

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____ Viktige

stikkord:

Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala

APPENDIS

MOBID-2 smerteskala


MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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


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

Smerteatferd


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



Smertelyd
»Aul
Slamar
Yklar sag
Gapar
Skrar



Ansiktsuttrykk
»Crimper
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
»Slar
Bøyer seg
Skrer på seg
Endringer i pusteh
Kjemper seg

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

<p>1. Led til å åpne begge hender</p> <p>2. Led til å strekke armene mot hodet</p> <p>3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelødd</p> <p>4. Led til å smu seg i sengen til begge sider</p> <p>5. Led til å sette seg opp på sengekanten</p>	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte					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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte																						
				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																						

Smerteintensitet

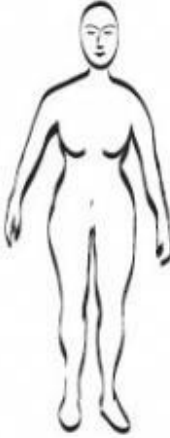

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

APPENDIS

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

Smerteatferd

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

Smerteintensitet

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

<p>6. Hode, munn, hals</p> <p>7. Bryst, lunge, hjerte</p> <p>8. Mage - øvre del</p> <p>9. Bekken, mage - nedre del</p> <p>10. Hud, infeksjon, sår</p>	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">→</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> </table>	→	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte		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
→	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte										
	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										

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

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

© Britta Husebø et al., utgitt for Universitetshøgskolen i Bergen

Vedlegg 4: Doloplus 2

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:		Dato:	
Senternummer:	Pasientnummer:				
SOMATISKE REAKSJONER					
1. Klager på smerte	- ingen klager	0	0	0	0
	- klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1
	- spontane klager av og til	2	2	2	2
	- vedvarende klager	3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger	0	0	0	0
	- unngår av og til enkelte hvilestillinger	1	1	1	1
	- benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger	2	2	2	2
	- stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse	0	0	0	0
	- beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse	1	1	1	1
	- beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse	2	2	2	2
	- beskytter seg også i fravær av kontakt	3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk	0	0	0	0
	- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1
	- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant	2	2	2	2
	- vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn	0	0	0	0
	- problemer med innsovning	1	1	1	1
	- hyppige oppvåkninger (urolig søvn)	2	2	2	2
	- søvnløshet som påvirker våken tilstand	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			

Vedlegg 5: Sjekkliste for nonverbale smerteuttrykk (CNPI)

Checklist of Nonverbal Pain Indicators – norsk utgave

Dato: _____

Pasient Nr: _____

Sjekkliste med Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv 0 dersom atferden ikke er observert, og 1 dersom atferden opptådte om den bare opptrådte for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro.)

	Ved bevegelse	I hvile/ ro
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	_____	_____
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", kjakaslepp, fordreiet uttrykk)	_____	_____
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, brikke eller annen gjenstand)	_____	_____
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	_____	_____
5. Gnir eller masserer det affiserte området	_____	_____
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylydte klager: verbale uttrykk	_____	_____
(Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser bannord eller edder eller roper i protest "stopp", "det er nok".)		
Subtotal Skåre	_____	_____
Total Skåre		_____

Feldt, K.S. (2000). Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.

Norwegian translation by: Harald A.Nygaard, dr. med., Professor of Geriatric Medicine, University of Bergen, Norway, med tillatelse av Karen Feldt.

