



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: 36

Antall ord: 7791

# Demens og smerter.



Bilde med tillatelse fra Nasjonal Vern for Eldre, 04.02.14

## Sammendrag:

**Bakgrunn:** Demenssykdommer er svært utbredt og kommer også til å øke i omfang de neste tiårene. Det er dokumentert at demente er en pasientgruppe som lider av undervurdering og underbehandling av smerter.

**Hensikt:** Å oppnå kunnskap og forståelse om hvordan en på best mulig måte kan kartlegge smerter hos demente sykehjemsbeboere.

**Problemstilling:** Hvordan kartlegge smerter hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

**Metode:** Litteraturstudie som besvarer problemstillingen ved en gjennomgang av relevant forskning og teori.

**Funn:** Mange demente kan ikke formidle sine smerter og da er det viktig at sykepleiere er i stand til å oppdage og tolke riktig de uttrykkene for smerter hver enkelt har. Forutsetningen for å klare dette er at sykepleierne har gode kunnskaper, evner og tid til å få til god kommunikasjon med den demente, observere og tolke smerteuttrykk riktig. I kartleggingen kan ulike kommunikasjonsteknikker, smertedagbok, og kartleggingsverktøy være til hjelp, men de må tilpasses hver enkelt situasjon og den dementes kognitive funksjon. En kombinasjon av kartlegging basert på selvrapportering og observering har vist å være mest hensiktsmessig.

# **Abstract:**

**Background:** Dementia is a widespread group of illnesses, and the number of new cases is recon to increase dramatically over the next decades. It is also well documented that people with dementia is suffering from underassessment and undertreatment of pain.

**Purpose:** To gain knowledge and a higher understanding about how nurses can assess pain in patient with dementia in nursing home.

**Question:** How to assess pain in patient with dementia in nursing homes?

**Methods:** Literature study which answer the question by a review of relevant research and theory.

**Findings:** Many people suffering from dementia is not able to communicate their pain, and therefore it is important that nurses are capable to discover and assess each individuals sign for pain. To be able to do this the nurses need knowledge, skills and the time to conduct good communication, in addition to observe and assess pain right. Different communication techniques, a pain diary, and assessment tools may be helpful, but they have to be adapted to each situation and the person's cognitive function. A combination between self-report and observation is the most appropriate way to assess pain in this patient group.

## **Innhold**

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn.....	6
1.2	Hensikt.....	7
1.3	Problemstilling.....	7
1.4	Avgrensing og presisering.....	7
1.5	Begrepsavklaring.....	7
1.6	Oppgavens disposisjon.....	8
2	Teori.....	9
2.1	Sykepleieteoretisk perspektiv.....	9
2.2	Demens.....	10
2.2.1	Kommunikasjon til personer med demens.....	10
2.3	Kartlegging av smerter.....	11
2.3.1	Utfordringer hos personer med demens.....	12
2.3.2	Kartleggingsverktøy.....	12
3	Metode.....	14
3.1	Litteraturstudie som metode.....	14
3.1.1	Metodens sterke og svake sider.....	15
3.2	Kildekritikk og etiske overveielser.....	15
3.3	Litteratursøk og utvelgelse.....	16
4	Funn.....	18
5	Drøfting.....	19
5.1	Behovet for kunnskap.....	19
5.2	Kommunikasjon med demente.....	20
5.3	Å tolke atferd hos demente.....	22
5.4	Bruk av kartleggingsverktøy.....	24
5.5	Avslutning og konklusjon.....	27
6	Referanseliste.....	28

### **Vedlegg I: Resultattabell**

### **Vedlegg II: MOBID-2 smerteskala og DOLOPLUS-2**

### **Vedlegg III: NRS, VAS og Ansiktsskala**

# 1 Innledning

Mange demente lider i dyp smerte uten å kunne formidle det, og det kreves opplæring, innsikt og kunnskap for å håndtere personer med demens. Det vil i denne oppgaven settes fokus på hvordan en på best mulig måte kan kartlegge smerter hos personer med en demenssykdom. Det vil legges hovedvekt på hvilke kunnskaper som er nødvendig, hvordan en kan få til god kommunikasjon og samhandling med demente, ulike uttrykk for smerte, og forskjellige kartleggingsverktøy som kan være til hjelp i arbeidet.

## 1.1 Bakgrunn

Demens er den største årsaken til innleggelse i sykehjem, og 70-80 % av alle som bor på sykehjem har en demenssykdom (Berentsen, s. 47, 2008, Engedal & Haugen, s. 26, 2009). Aktualiteten rundt temaet kan derfor ses ut i fra omfanget, og i tillegg antas det at forekomsten av demens vil øke kraftig de neste tiårene, som følge av økt levealder (Berentsen, s. 47, 2008). Dette er en også svært sårbar pasientgruppe, som setter høye krav til sykepleiernes empati og ivaretagelse av respekt og verdighet, samt deres vilje til å lytte (Eide & Eide, 2010, 383). Dermed er dette en sykdom det er svært sannsynlig at en møter som sykepleier, og viktig at en har kunnskaper om. Helse- og omsorgsdepartementet (St. meld. nr. 25 (2005-2006) skriver at et økende antall eldre vil kreve økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens.

Etter to praksisperioder ved sykehjem, hvorav den ene på demensavdeling, er utfordringene rundt det å kartlegge og tolke den demente pasients smerter klare. Det er lett å tilskrive det den demente uttrykker til sykdommen, og ikke ta det på alvor, eksempelvis uttrykk for smerte. Nygaard og Jarland (2005) fant i sin studie at demente mottok mye mindre smertebehandling enn pasienter uten en demensdiagnose, og at dette har en klar sammenheng med at den demente ikke alltid klarer å gi uttrykk for smerteproblematikk, men det er også en viktig faktor at sykepleierne påvirkes av diagnosen og ikke tar pasientene på alvor. Dette er en problematikk en kan se helt tilbake i fra norrøn tid da demens het «gammeltullet» eller «gammelmannsvås» på folkemunne, som viser at dette syndromet er tabubelagt for de fleste (Engedal & Haugen, s.15, 2009). Lite selvrapporing er også et problem, Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker at eldre mennesker generelt, og spesielt de som lider av demens, rapporterer mindre smerter enn yngre. Dette til tross for at så mange som opptil 86 % av de eldre opplever smerter, og opptil 53 % av de demente opplever smerter daglig (Horgas, Elliott, & Marsiske, 2009).

## 1.2 Hensikt

Den foreliggende oppgave har til hensikt å belyse temaet smerter og demens, og oppnå kunnskap om hvordan en kan oppdage og kartlegge smerter hos pasienter med demens innlagt i sykehjem.

## 1.3 Problemstilling

Hvordan kartlegge smerter hos pasienter med demens innlagt i sykehjem?

## 1.4 Avgrensing og presisering

Pasientgruppen det vil handle om er eldre, over 65 år, som bor på sykehjem, og som har en demensdiagnose. Samlebegrepet demens dekker mange ulike sykdommer som har hver sine særtrekk (Berentsen, s. 45-46, 2008), men det vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i demens på generelt grunnlag, og alt i fra mild til alvorlig demens. Spesifikke forskjeller ved de ulike demenssykdommene vil nevnes hvis det faller naturlig. Av kartlegging vil det fokuseres på verbal kommunikasjon, observasjon og ulike kartleggingsverktøy i de to kategoriene. På grunn av oppgavens omfang vil pårørende, og andre som kilde til informasjon, bare kort bli nevnt. Av samme årsak vil smertelindring bli nevnt der det er nødvendig, men det vil ikke gås i dybden på dette. Det skal også sies at termen «demente» brukes flere steder i oppgaven, selv om det ikke er hensiktsmessig å redusere en person til en sykdom, men det blir gjort ut i fra leservennlighet.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Demens** - Engedal og Haugen (s.17, 2009) definerer demens som:

En fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere og endret sosial atferd.

Definisjonen sier at det må foreligge en organisk hjernesykdom som er årsaken til tilstanden, i tillegg må det være en kognitiv svikt tilstede, som kan relateres til problemer med å klare praktiske gjøremål, og endret atferd.

**Smerte** – Ut i fra Rustøen og Stubhaug (s. 138, 2011) forstås smerte som en ubehagelig opplevelse, som både kan være sensorisk og emosjonell. Bjørø og Torvik (2008, s. 333) legger til at smerte blir assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade. Smerte er subjektivt, og må vurderes ut i fra hvordan personen som opplever den evaluerer det. Smerter deles inn

ulike kategorier, varighet, årsak, lokalisasjon og mekanisme (Rustøen & Stubhaug, s. 138-139, 2011).

**Kartlegging** – En innsamling av helhetlig informasjon om en pasients tilstand, behov og ressurser. Dette er det første trinnet i sykepleieprosessen som bidrar til at hver pasient får individuell sykepleie av god kvalitet, gjennom at sykepleieren arbeider systematisk og målrettet (Rotegård & Solhaug, 2011, s. 191-192).

## 1.6 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 blir teori som er relevant for å svare på problemstillingen presentert, videre i kapittel 3 kommer metodedelen, som sier noe generelt om metode, litteraturstudie som metode, i tillegg til oppgavens litteratursøk og valg av forskning. Funnene blir presentert i kapittel 4, og drøftingen kommer i kapittel 5 etterfulgt av en konklusjon.



## 2 Teori

I det følgende kapittel vil det presenteres ulike teoretiske perspektiv som vil belyse valgt tema. Først kommer en presentasjon av valgt sykepleieteoretisk perspektiv, deretter et punkt med demens, kommunikasjon til- og smerter hos personer med demens, og til slutt ulike metoder for kartlegging av smerter.

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Det vil si at sykepleie kan beskrives som en dynamisk og gjensidig relasjon mellom sykepleier og pasient, en mellommenneskelig prosess, og at sykepleiens mål og hensikt er å bidra til god helse.

Et menneske-til-menneske-forhold kan skapes via kommunikasjon, der sykepleieren lærer pasienten å kjenne, og tillitt i relasjonen oppstår når sykepleieren bruker en kombinasjon av evidensbasert kunnskap, og en holdning av at hver enkelt pasient er et unikt menneske (Parker & Smith, 2010, s. 76). Det er nettopp Travelbees fokus på kommunikasjon og menneske-til-menneske-relasjon som gjør at hennes teori synes å egne seg godt i forhold til sykepleie til personer med demens.

Det første punktet i sykepleieprosessen, og forutsetningen for å planlegge og å iverksette tiltak er å identifisere den sykes behov. Dette gjøres gjennom kommunikasjon og observasjon. Å observere er å være fokusert på det som skjer i en situasjon, det som kan høres, ses, luktes eller kjennes, og hensikten er å oppdage pasientenes behov og eventuelle endringer i disse, vurdere effekt av en behandling, forebygge komplikasjoner og å oppdage tegn på sykdom som kan underbygge pasientens ytringer (Travelbee, 1999, s. 142-146). Det er viktig å skille på rådata og tolkninger, da sykepleieren ikke er i stand til å vite om tolkningen er korrekt uten at pasienten bekrefter det. I tillegg er det å oppleve personen et viktig aspekt ved observasjon. Det vil si å fokusere på helheten i situasjonen og oppfatte det som er unikt ved nettopp dette menneske (Travelbee, 1999, s. 144-145).

## 2.2 Demens

Syndromet demens betegner en rekke symptomer og blir ytterligere delt inn i undergrupper der Alzheimers demens (60-70 %) er den største gruppen, deretter følger (etter hyppighet) vaskulær demens (20-25 %), demens med levylegemer, frontotemporal demens og alkoholisk demens. Dette gjelder ca. 95 % av demenstilfeller over 65 år. (Wyller, 2011, s. 270-272 ). Disse sykdommene har til felles at de kognitive funksjonene svekkes. Dermed vil en kunne oppleve redusert hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, språkfunksjon og evne til å tenke abstrakt. Symptomene vil variere etter hvilken demenssykdom det dreier seg om, hvilken del av hjernen som er skadet, miljøfaktorer, sosiale faktorer og personens mestringsevne (Dietrichs, 2010, s. 397, Berentsen, 2008, s. 354-355)

### 2.2.1 Kommunikasjon til personer med demens

Det å lære seg å kommunisere med demente ikke er noe en bare kan lese seg til, men er en kombinasjon av teori, talent og erfaring. Det handler om å bruke de teoretiske kunnskapene en har sammen med personlige egenskaper som tålmodighet, empati og forståelse. I tillegg kan en lære mye av kollegaer, eller pårørende som kjenner personen bedre enn seg selv (Eide & Eide, 2010, s. 395). Demens fører til varierende grad av evne til å kommunisere, ut i fra flere faktorer som nevnt ovenfor, og sykepleierne er derfor nødt til å se på hver enkelt person som unik og ta utgangspunkt i dens sykdom, ferdigheter og konsentrasjonsevne (Eide & Eide, 2010, s. 382).

Noen demente opplever øyeblikk med klarhet, og dette vil naturlig nok hjelpe i kommunikasjonen. Det er funnet at blant annet det å gå tur sammen, prate på en støttende måte, gjenta og omformulere personens ytringer, og ikke stille krav eller fokusere på feil kan stimulere slike øyeblikk (Eide & Eide, 2010, 384).

Noen generelle råd for kommunikasjon med personer med demens er å ta seg tid, lytte aktivt, bekrefte det personen sier, speile språket deres, bruke kjente ord og uttrykk, og å ikke skifte tema raskt men følge personens oppmerksomhet (Eide & Eide, 2010, s 384). I tillegg er det svært viktig å være bevisst på den non-verbale kommunikasjonen. Verity (2005, s. 32) påpeker at denne, i form av tonefall og kroppsspråk, er det som gir ordene våre mening, og som viser hva en teker om personen, og om en har respekt for ham, eller ikke. På samme måte som en skal være bevisst sitt eget kroppsspråk i kommunikasjon med demente, må en være bevisst den dementes. Spesielt hvis personen har svekket verbalt språk. Det er gjennom øyenkontakt,

mimikk, gester, kroppsholdning og fremtoning en kan se hvordan vedkommende virkelig har det (Verity, 2005, s. 29).

### **Validering, reminisens og realitetsorientering**

I kommunikasjon med personer som lider av demens er validering, sammen med reminisens og realitetsorientering de tre mest vanlige modellene brukt for støtte i kommunikasjon med personer med demens (Skovdahl & Edberg, 2011, s.324). Validering går på å bekrefte de følelsene den demente uttrykker, og akseptere hans virkelighetssyn, i stedet for å korrigere det (Berentsen, 2008, s. 171-172). Dermed kan validering bidra til å styrke den dementes selvfølelse, dempe angst og forhindre apati og isolasjon (Skovdahl & Edberg, 2011, s. 324).

Metoden reminisens innebærer å bruke personens livshistorie, fotografier og musikk til å styrke identiteten til den demente ved å fremkalle minner (Skovdahl & Edberg, 2011, s. 326). En slik form for kommunikasjon, et minnearbeid, kan også bidra til å gi innhold i dagene, bedre humøret og styrke selvfølelsen, ved at en får anerkjennelse for sine minner. Metoden kan brukes i organiserte grupper, men kan være like hensiktsmessig i tilfeldige enkeltsamtaler (Berentsen, 2008, s. 169-170).

Realitetsorientering kan forstås som å stimulere minnet gjennom å hjelpe den demente til å orientere seg her og nå. Det kan være å si hvilken dag og dato det er, hva en heter og hvor en befinner seg. Metoden må balanseres med validering, og brukes med forsiktighet da den kan virke krenkende og øke forvirringen, spesielt hos de med langtkommen demens. (Skovdahl & Edberg, 2011, s. 328-329).

### **2.3 Kartlegging av smerter**

I all geriatrisk sykepleie er symptomlindring et svært viktig fokus, da plagsomme symptomer kan påvirke alle aspekter ved en pasients livskvalitet, som fysisk funksjonsevne, kognitiv kapasitet og trivsel. I tillegg er eldre mennesker mer utsatt for alvorlig sykdom og funksjonssvikt enn yngre, og sykdommene utvikler seg ofte til å være mer alvorlige.

Utfordringen er at det kan være vanskelig å danne seg et godt bilde på hvordan symptomer oppleves og påvirker den enkelte, da ikke alle pasienter klarer å beskrive symptomene presist, spesielt de som lider av demens. Og på grunn av at smertesansen endres ved høy alder, og symptomene blir mer diffuse. En bevist bruk av verbal kommunikasjon, observasjon og ulike kartleggingsverktøy kan da være til hjelp (Kirkevold, 2008, s. 111-112, Kirkevold & Brodtkorb, 2008, s.113).

### 2.3.1 Utfordringer hos personer med demens

Det er mange faktorer som skaper utfordringer i arbeidet med personer med demens og å kartlegge deres smerter. En av dem er at eldre generelt, i tillegg til aldersforandringer som påvirker smerteuttrykkene, ofte har holdninger om at de ikke vil klage eller være til bry, og sier ikke i fra om sin smerte (Bjørø & Torvik, 2008, s. 336). Med en demensdiagnose kan det i tillegg være vanskelig å formidle smerte, både på grunn av språklig- og mental svikt. Hvor på kroppen smertene er lokalisert kan være vanskelig å si noe om for demente, da kroppens grenser blir mindre tydelige.

En annen utfordring er at personer med langtkommen demens kan oppleve å ikke lenger huske hvordan en pleier å gjøre når en har vondt, eksempelvis at en halter hvis en har vondt i en fot (Blomqvist, 2011, s.275-276). Dette gjør at det blir veldig viktig å oppdage, og ta på alvor de små tegnene til smerte som kan være; rynking av pannen, rask blinking, endret pust, utrop, uro, agitasjon, tilbaketrekking og økt forvirring. Smertedagbok kan være nyttig for å følge utviklingen, og oppdage små endringer (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007, s.95-96).

Bjørø og Torvik (2008, s. 336) presenterer også mangel på kunnskap som en barriere i smertekartleggingen, de beskriver kunnskaper om å kommunisere med personer med demens og om grundig og systematisk smertekartlegging som sentrale. Manglende kunnskaper kan også komme til uttrykk gjennom holdninger, som i en studie (Bjørø & Torvik, 2008, s. 336) som fant at en stor andel av sykepleierne mente at smerte var en uunngåelig følge av det å blir eldre. Som nevnt innledningsvis er det et problem at de demente ikke blir tatt på alvor når de uttrykker smerte.

### 2.3.2 Kartleggingsverktøy

For å få til en systematisk beskrivelse av smertene, og å kunne måle endringer og vurdere effektivitet av behandling er bruk av skalaer nyttig. Det er utviklet mange ulike kartleggingsverktøy, som baserer seg på selvrapporing eller observasjon, og en må vurdere i hvert enkelt tilfelle hvilken type og hvilket verktøy som vil være det mest nyttige (Engedal & Haugen, 2009, s. 322).

Ut i fra definisjonen av smerte, presentert i kapittel 1.5, er smerter subjektivt og tilstede når personen sier det. Dermed vil den viktigste kilden til informasjon om smerter være personens egne beskrivelser av disse, og ut i fra det vil selvrapporingsskalaer være det mest hensiktsmessige verktøyet i kartleggingen, (Hansen, 2012) men hvis personen har vanskeligheter med å formidle sin smerte på grunn av kognitiv svikt vil det være nødvendig å

observere personens adferd for tegn på smerte. Uansett valg av verktøy bør en være konsekvent og bruke det samme, slik at en kan følge utviklingen hos pasienten over tid (Bjøro & Torvik, 2008, s. 339-341).

Her vil det fokuseres på skalaer som kartlegger tilstedeværelse av smerte og dens intensitet, og til dels smertens lokalisasjon. Oppgaven velger å ta utgangspunkt i følgende skalaer: «Ansiktsskala», «Visuell analog skala» (VAS) og «Numerisk rangskala» (NRS) som representerer hovedtypene av selvrapportering, og er utprøvd på personer med demens (Hansen, 2012). I tillegg til «Doloplus-2» og «MOBID-2 smerte skala» som er to observasjonsbaserte verktøyer som er oversatt til norsk, og utprøvd på demente ved norske sykehjem (Hølen, et al. 2005, Husebø, 2009).

**Ansiktsskalaen** er en skala med seks ansikter som uttrykker økende smerteintensitet, og er poengsatt i fra 0-10. Denne er ikke avhengig av språk, og kan derfor være nyttig å bruke hos demente med sviktende språk (Bjøro & Torvik, 2008, s. 339-340).

**VAS** er en horisontal smerteskala, som går i fra å representerer ingen smerte, og gradvis over til å representerer kraftig smerte. En farget skala kan være en fordel å bruke hos demente fordi de demente ofte husker farger og betydningen av disse langt inn i sykdommen (Hansen, 2012).

**NRS** er en skala som går i fra 0-10, der 0 er ingen smerte mens 10 er verst tenkelig smerte (Bjøro & Torvik, 2008, s. 339).

**Doloplus-2** er et verktøy som kartlegger smerte ved hjelp av observasjon av somatiske reaksjoner, psykomotoriske reaksjoner og psykososiale reaksjoner (Hølen, et al. 2005).

**MOBID-2 smerteskala** er et observasjonsbasert verktøy der sykepleieren veileder pasienten i ulike standardiserte bevegelser i forbindelse med morgenstell, og observerer smerteadfærd (Husebø, 2009). Se Vedlegg II og III for alle verktøyene.

### 3 Metode

Metode kan enkelt forstås som fremgangsmåten i studien, den prosedyren som blir brukt for å samle inn, analysere og tolke data (Glasdam, s. 19, 2011, Borglin, s. 270, 2013). Henricson og Mårtensson (2013, s573-574) beskriver at i metodedelen skal det beskrives designet som er blitt brukt, hvilken kontekst studien er gjort i, den skal si noe om utvalget av deltagerne, hvordan data er samlet inn og analysert og til slutt et avsnitt om etiske overveielser for studien.

En skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder, og forskjellen er størst grad knyttet til måten en samler inn data på. De kvalitative metodene er de som går i dybden, og som har en nærhet til feltet ved at forsker og undersøkelsesperson får et jeg-du-forhold (Dalland, s. 112-113, 2012). Slike studier tar sikte på å beskrive det som ikke lar seg fange opp av statistikk, som menneskers opplevelser og erfaringer (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

Kvalitative metoder samler inn data som lar seg måle, og bruke i regneoperasjoner og statistikk, uten at datainnsamlingen skjer i kontakt med feltet. Disse studiene går mer i bredden, enn i dybden, og får frem det representative (Dalland, 2012, s.112-113).

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Formålet med en litteraturstudie er å skaffe seg en oversikt over eksisterende kunnskap innenfor et område (Fredriksen & Beedhold, 2011, s.47), og det finnes flere ulike måter å gjøre dette på. Forsberg og Wengström (2013, s.25-34) presenterer litteraturoversikt, systematisk oversikt, og begrepsanalyse som ulike typer litteraturstudier. Litteraturoversikten beskriver og analyserer studier med sikte på å skape en oversikt over kunnskapen innenfor et valg område, men får kritikk for at tilgangen til forskning kan være begrenset, utvalget kan være selektivt for å støtte egne synspunkter og ulike eksperter innenfor det samme området kan komme til ulike konklusjoner.

En systematisk litteraturstudie skiller seg i fra litteraturoversikten i måten den søker litteratur, er kritisk i vurderingene og analyseringene av resultatene. Forsberg og Wengström beskriver at en systematisk litteraturstudie skal inneholde en klar og tydelig problemstilling, en søkestrategi, tydelige inkluderings- og ekskluderingskriterier, presentasjon av hver enkelt studie, presentasjon av alle ekskluderte studier og begrunnelse for hvorfor de er valgt bort, en tydelig analyse, metaanalyse hvis det er mulig og til slutt en rapport det alle de sentrale delene beskrives.

En begrepsanalyse kan også gjøres som en litteraturstudie og da studerer en litteratur og ordbøker for å tydeliggjøre og øke forståelsen av begreper som beskriver opplevelser, erfaringer eller fenomener (Forsberg & Wengström, 2013, s. 32-33).

I alle litteraturstudier er kilder kunnskap som allerede finnes grunnlaget og Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012, s. 23 + 45) omtaler et hierarki av kilder presentert i en pyramide. Nederst i pyramiden er enkeltstudier, som de anbefaler at en bruker minst av, fordi de krever at en har en del kunnskap om forskning og tolkning for at en skal kunne vurdere om resultatene er overførbare til praksis. I øvre del av pyramiden finner en systemer, retningslinjer og oppsummerte systematiske oversikter, dette er kilder som bør tilstrebes. Dalland (2012, s71) påpeker at det finnes gode og dårlige kilder både høyt og lavt i pyramiden, og at en av den grunn må vurdere hvert enkelt arbeid.

### 3.1.1 Metodens sterke og svake sider

**Sterke sider** – Metoden skaper en god mulighet til å få en oversikt over tilgjengelig kunnskap om en problemstilling. I tillegg har den tydelige avgrensninger og presiseringer som skal gjøre det mulig å gjenta studien (Fredriksen & Beedhold, 2011, s.48-53).

**Svake sider** – Forsberg og Wengström (s. 26, 2006) refererer til Hearn m.fl som beskriver begrenset tilgang til forskning, subjektiv utvelgelse av studier og det faktum at ulike eksperter innenfor det samme området kan komme frem til forskjellige konklusjoner som svakheter ved denne type studier. I tillegg kan mangel på kildekritikk, som omtales i kapittelet under, gi et feilaktig inntrykk av funnene.

## 3.2 Kildekritikk og etiske overveielser

De metodene en bruker for å validere opplysninger kan en kalle for kildekritikk, og dele inn i to prosesser. Først må en søke litteratur, som blir omtalt i kapittel 3.3 og vil ikke omtales ytterligere i dette avsnitt. Deretter må en gjøre rede for den litteraturen en har brukt (Dalland, 2013, s. 67-68). Dette viser at en er i stand til å kritisk vurdere kildene som blir brukt, og om resultatene en har funnet lar seg overføre til ens problemstilling (Dalland, 2013, s. 72-73).

I foreliggende oppgave er alle studier fagfellevurdert, og sjekklister fra kunnskapsenteret.no (mai 2008) er anvendt i kvalitetsvurderingen. Oppgaven etterstreber akademisk redelighet, som Dalland (2013, s. 80) peker på er viktig for kunnskapsutviklingen i faget. Det vil si at referanselisten følger APA stil, som er etter Høyskolens retningslinjer, som skal gjøre det mulig å finne tilbake til de ulike kildene. I tillegg blir ikke materialet som blir brukt i

oppgaven på noen måte fremstilt som om det skulle være ens eget, da plagiat vil være det motsatte av akademisk redelighet (Dalland, 2013, s. 80)

### 3.3 Litteratursøk og utvelgelse

Oppgaven har benyttet seg av høyskolens databaser i litteratursøket. Basene som har blitt brukt er CINAHL, PubMed og SveMed+. Søkeordene som er anvendt er blant annet *dementia*, *pain assessment*, *pain measurement*, *communication*, og *nursing home*. Søkene ble avgrenset til å bare finne fagfellevurderte artikler, og til de siste 10 år. To av forskningsartiklene brukt i oppgaven ble funnet i CINAHL, en i PubMed, og en av artiklene ble funnet i databasen SveMed+. Søkehistorikk:

	<b>Avgrensning</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Artikler i oppgave</b>
<b>CINAHL</b> Søk nr. 1	2004-2014 + Peer Reviewed	Dementia AND Pain measurement	209	1 (Lillekroken & Slettebø, 2013)
Søk nr. 2	Nr. 1	Nr. 1 AND observational	37	1 (Hølen, Saltvedt, Fayers, Bjørnnes, Stenseth, Hval, Filbet, Loge, & Kaasa, 2005)
<b>PubMed:</b> Søk nr. 1	2004-2014	Dementia AND Pain assessment	447	
Søk nr. 2	Nr. 1	Nr. 1 AND behavioral	154	
Søk nr. 3	Nr. 1	Nr. 2 AND nursing home*	53	1 (Husebø, 2009)
<b>SveMed+</b> Søk nr. 1	2004-2014 + Peer Reviewed	Dementia AND Pain assessment	17	1 (Hansen, 2012)

De fire artiklene ble valgt ut i fra relevans og aktualitet, alle omfatter personer med demens og kartlegging av smerter, og er publisert i løpet av de siste ni årene. I tillegg er tre av studiene gjort i Norge og en i Danmark, som styrker overførbarheten til praksis. I utvelgelsen av artiklene ble det lagt vekt på å inkludere studier som sier noe om utfordringene med smertekartlegging hos personer med demens, sykepleiere sine synspunkter, og hvilke kunnskaper som er nødvendige i dette arbeidet. I tillegg var det ønskelig å ha med studier som omhandler kartleggingsverktøy som er oversatt og utprøvd ved norske sykehjem, for å se hvilke verktøy som kan være til støtte i kartleggingen. Det at Bettina S. Husebø var forfatter



for den ene artikkelen var også utslagsgivende da hun er en respektert forsker på området, som har skrevet doktorgradsavhandling om akkurat dette temaet.

## 4 Funn

**Lillekroken & Slettebø (2013): *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.*** Dette er en norsk kvalitativ studie, med fokusgruppe intervjuer av 18 sykepleiere. Studiens hensikt var å undersøke den erfaringen sykepleiere har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. Studien konkluderer med at videre forskning av sykepleiernes behov for kunnskap om demens og samhandling, og smertekartlegging, i tillegg til opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og en regelmessig bruk av disse vil føre til mer effektiv smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.

**Hansen, J. B. (2012). *Smertevurdering hos personer med demens.*** Dette er en dansk kvalitativ studie som har som hensikt å undersøke om tre utvalgte selvvurderingsskalaer kan brukes til å kartlegge smerter hos personer med demens. Studien viser at det er mulig å forklare skalaene slik at de demente forstår hvordan de skal brukes. Dette betyr at slike skalaer kan brukes til å systematisk kartlegge smerter hos personer som lider av mild til moderat demens.

**Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2005). *The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment.*** En kvantitativ studie som hadde som hensikt var å oversette Doloplus-2 til norsk, og å teste hvordan den fungerer i norske sykehjem. Utvalget bestod av 59 pasienter ved et norsk sykehjem. Verktøyet ble sammenlignet med eksperters vurderinger, og i noen tilfeller oppdaget den ikke smerte da ekspertene gjorde det. I tillegg ble det innhentet sykepleiernes meninger om nytten av verktøyet i klinisk praksis. Det konkluderes med at dette verktøyet godt nok til å vurdere smerter hos personer med demens i norske sykehjem.

**Husebø, B. S. (2009). *Smertevaluering ved demens.*** En studie som hadde som hensikt å teste Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) smerteskalas reliabilitet og validitet i forhold til bruk hos pasienter med ulik grad av demens. 284 sykehjemspasienter ble inkludert i studien, som fant at skalaen gir et godt grunnlag for vurdering av smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet, men andre typer smerter er vanskeligere å vurdere. Husebø konkluderer med at skalaen bør være tilgjengelig på alle norske sykehjem da den kan være til hjelp i å sikre god smertebehandling.

## 5 Drøfting

Det drøftes ut i fra hovedfunnene i litteraturen, samtidig som egne erfaringer og opplevelser i fra praksis blir inkludert. De fire temaene som drøftes er:

- Behovet for kunnskap
- Kommunikasjon med demente
- Å tolke smerte
- Bruk av kartleggingsverktøy

### 5.1 Behovet for kunnskap

Kunnskaper om demens, hvordan kommunisere med personer med demens, hvordan demens påvirker smerte og hvordan en kan være målrettet og systematisk i kartleggingen er alle viktige områder en sykepleier trenger kunnskaper om. Bjørø og Torvik (2008, s. 336) peker på manglende kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere som en av de alvorligste barrierene for god smertekartlegging. Nygaard og Jarland (2005) fant i sin studie at demente mottar mye mindre smertelindrende behandling enn de som er kognitivt friske, og at dette har en sammenheng med at smertene ikke blir oppdaget, og/eller at sykepleierne ikke tar de dementes smerteytringer på alvor.

Sykepleiere har selv et ansvar for å tilegne, og å opprettholde nødvendig kunnskap. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2001) står det at at sykepleiere blant annet har ansvar for å holde sine kunnskaper ved like og å oppdatere seg om aktuell forskning. I tillegg sier Helsepersonelloven (1999) § 4, krav til faglig forsvarlighet, at sykepleiere har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, og det å få hjelp til å lindre sine smerter anses som omsorgsfull hjelp (Lillekroken & Slettebø, 2013). For å kunne lindre smerte må den først kartlegges, som Travelbee (1999, s. 142) sier er første forutsetning for å planlegge og å iverksette sykepleietiltak å identifisere den sykes behov (Travelbee, 1999, s. 142). Det blir problematisk hvis sykepleieren ikke klarer å skille mellom atferdsendringer som følge av en utvikling i demenssykdommen eller endringer som skyldes smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013). God kjennskap til de aktuelle demenssykdommene, og sykdomsforløpene er derfor nødvendig for å kunne utelukke at endringene skyldes at sykdommen skrider frem. I tillegg vil sykepleiernes evne til å kommunisere med de demente spille inn. Som Eide og Eide (2010, s. 395) påpeker får en ikke nødvendigvis en god relasjon til demente ved å bare ha teoretiske kunnskaper om kommunikasjon, fordi erfaringskunnskaper og personlighet spiller også inn. Ved å bli kjent med personen, og som Travelbee sier (Parker & Smith, 2010, s. 76), ha den holdningen at

hver enkelt pasient er et unikt menneske, skaper en tillitt og åpner for god kommunikasjon. Å ha kunnskaper om hvordan smerte påvirker eldre generelt, og eldre med demens spesielt, er en viktig faktor for å oppnå adekvat smertevurdering. Forskning (Lillekroken & Slettebø, 2013, McAuliffe, Brown & Fetherstonhaugh, 2012) viser at smerteterskelen for akutt smerte øker med alderen, mens de eldre er mer sensitive for langvarige smerter. Personer med demens kan også oppleve smerter annerledes enn personer som er kognitivt friske, men det betyr nødvendigvis ikke at de kjenner mindre smerte. Endringene kan ligge i svekket kommunikasjon og at de demente ikke lengre husker hvordan en «skal» gjøre når en har vondt (Blomqvist, 2011, s.275-276), og dermed ikke gir uttrykk for, eller gjennom kroppsspråket viser smerter. Hvis sykepleieren ikke har tilstrekkelige kunnskaper på dette området vil hun ikke kunne fange opp at pasienten som er urolig, og kanskje verbal ufin, egentlig har vondt i ryggen. I tillegg til å ha kunnskaper om alle disse faktorene er det også nødvendig å kjenne til og å kunne bruke verktøy som støtte i kartleggingen. I en studie (Lillekroken & Slettebø, 2013) kom det frem at ingen av de deltagende sykepleierne brukte kartleggingsverktøy, de kjente ikke til observasjonsbaserte verktøy, og oppfatningen var at selvrapporтерingsverktøy ikke kunne brukes hos personer med demens. Dette til tross for at mange demente er i stand til å formidle sine smerter med ord i de tidlige fasene av sykdommen (Bjørø & Torvik, 2008, s. 341). Dette understøttes også av Hansen (2012) som beskriver at dementes uttrykk for smerte via slike verktøy kan oppfattes som pålitelig, og Hølen et al. (2005) som referer til flere studier som fant at mange personer med mild til moderat demens ikke hadde noen problemer med å uttrykke sin smerte. Utfordringen med kartleggingsverktøy blir å kunne bruke de rett, velge rett verktøy til hver enkelt pasient og å være konsekvente i bruken (Bjørø & Torvik, 2008, s. 339-341).

## **5.2 Kommunikasjon med demente**

Det er via kommunikasjon en kartlegger smerter, og dementes svekkede evner til å kommunisere, både verbalt og non-verbalt, setter høyere krav til sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter. McAuliffe et al. (2012) beskriver manglende verbal kommunikasjon som en stor faktor til undervurdering og påfølgende underbehandling av smerter hos personer med demens, som også understøttes av funnene til Lillekroken og Slettebø (2013). I tillegg trekker også Hølen et al. (2005) frem kommunikasjonssvikt som følge av demens som en barriere i adekvat smertekartlegging.

Kommunikasjonen må tilpasses hver enkelt pasients kognitive funksjon og evne til å kommunisere (Eide & Eide, 2010, s. 382). For de som fortsatt har et verbalt språk er det flere

teknikker en må være bevist på når en kommuniserer, som å ha et enkelt språk, speile det den demente sier, bruke ord og uttrykk som er kjent for personen, og å følge hans oppmerksomhet (Eide & Eide, 2010, s 384). Det kan være store forskjeller i det hverdagslige språket til en sykepleier i 20-årene og en pasient som er over 80 år. Det kan være fremmedord som sykepleieren tar for gitt at pasienten forstår, men som er kommet inn i det norske språket i løpet av de siste årene, og som på grunn av pasientens livssituasjon det ikke er naturlig at han skal forstå. Travelbee (1999, s. 135) påpeker at en sykepleier må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer, og å planlegge tiltak ut i fra det, men den syke må også gis de beste forutsetningene for å kunne forstå hva sykepleieren kommuniserer. Ved å være bevisst sitt eget språk, og speile den dementes språk, kan en dermed unngå unødvendig forvirring og misforståelser. Det er også vist at fysisk aktivitet, som det å gå en tur, kan bidra til å stimulere hukommelsen til demente (Eide & Eide, 2010, 384) og på den måten kan det bli lettere å få til en god verbal kommunikasjon og smertekartlegging basert på selvrapporing.

McAuliffe et al. (2012) beskriver at selvrapporing av smerter er den mest nøyaktige kilden til smertekartlegging, men ettersom demenssykdommen skrider frem og den verbale kommunikasjonen svekkes, vil det være nødvendig å ha en bredere tilnærming til kartleggingen, og være mer oppmerksom på den non-verbale kommunikasjonen. En må dermed være mer beviste på kroppsspråk når en samhandler med personer med demens, men ikke bare den dementes kroppsspråk, også sitt eget (Verity, 2005, s. 32). Våre holdninger understrekes av kroppsspråket og kan være avgjørende for om vi klarer å etablere et tillitsfullt menneske-til-menneske-forhold (Parker & Smith, 2010, s. 76), som er en sykepleiers oppgave (Travelbee 1999, s. 171). I tillegg kan det for en person som lider av demens være lettere å forstå ordene som blir sagt hvis kroppsspråket samsvarer og er tydelig (Berentsen, 2008. s. 381). Tid er også et nøkkelord i kommunikasjon med demente da mange ofte trenger mer tid for å forstå hva som blir sagt, og å finne de rette ordene til å svare (Berentsen, 2008, s. 381). En sykepleier som haster gjennom et morgenstell og samtidig spør pasienten om han har vondt her eller her uten å få noe særlig svar, kan konkludere med at pasienten er smertefri. Det som egentlig kan ha skjedd er at pasienten har smerter men ikke har forstått innholdet i sykepleierens ord fordi ordene som spør om smerter ikke samsvarer med kroppsspråket, som prøver å bli ferdig med stellet så fort som mulig. Eller at pasienten ikke har fått god nok tid til å svare på et spørsmål før det neste kommer. Dette understøttes av Gotfredsen (2011, s. 148-149) som sier at personer med demens kan bli overveldet og få følelsen av å miste kontrollen

hvis det skjer flere ting på en gang, og Berentsen (2008, s. 155) som påpeker at stress hos personalet øker forvirringen hos personer med demens.

Det vil også naturligvis være viktig å observere kroppsspråket til pasienten i tillegg til å være bevisst sitt eget, og samtidig som en spør spørsmål, da det kan gi informasjon om hvordan personen egentlig har det (Verity, 2005, s. 29). Blir en for opptatt med de praktiske oppgavene i stellet kan en overse viktige kilder til informasjon som øyekontakt, mimikk, gester og kroppsholdning.

I tillegg til å skape en god relasjon, et menneske-til-menneske-forhold via kommunikasjonen, kan en bruke de kommunikative modellene som støtte. Validering kan bidra til å forhindre apati og isolasjon (Skovdahl & Edberg, 2011, s. 324), som kan være uttrykk for smerte (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007, s.95-96). Dermed kan en ved bruk av validering få pasienten til å uttrykke sine smerter på en annen måte enn tilbaketrekking. En kan også til en viss grad bruke modellene reminisens og realitetsorientering for å prøve å fremkalle minner og bringe pasienten til «her og nå», men disse metodene fungerer muligens bedre for å skape oversikt og gode øyeblikk i hverdagen enn for å få til en bedre smertekommunikasjon. En skal dessuten være forsiktig med disse metodene for å ikke fremprovosere vonde minner og skape økt forvirring (Berentsen, 2008, s. 169-171).

### **5.3 Å tolke atferd hos demente**

Det er en utfordring å tolke atferden og smerteuttrykket til personer med demens, da de opplever å få mange ulike kognitive funksjoner svekket slik at smerteuttrykkene påvirkes. Husebø (2009) sier at siden pasienter med demens ikke alltid er i stand til å rapportere om sin smerte er de avhengige av at sykepleierne er i stand til å tolke verbale og non-verbale tegn som uttrykk for smerte. Hun legger også til at det å skille mellom atferd forårsaket av smerte og atferd relatert til demenssykdommen alltid vil være vanskelig. Dette var også blant funnene til Knudsen og Larsen (2010) som løfter frem at utfordrende atferd kan tyde på smerte hos noen, men hos andre være tegn på demensutvikling. I tillegg har man relasjonen mellom pleier og pasient som variabel i situasjonene (Knudsen og Larsen, 2010). Feiltolkning blir også av Hølen et al. (2005) fremstilt som en faktor som bidrar til utilstrekkelig kartlegging.

Bare det at pasientene er eldre kompliserer smertekartleggingen. Eldre har ofte mange somatiske sykdommer samtidig som problematiserer sykdomsbildet ved å gi mange symptomer samtidig, skjule eller styrke noen av symptomene, og bivirkninger av

behandlinger. I tillegg øker smerteterskelen for akutt smerte med alderen (Lillekroken & Slettebø, 2013). En demenssykdom vil påvirke smerteuttrykkene i tillegg til det aldersforandringene gjør, og Knudsen og Larsen (2010) fant at smerte påvirker atferden til de med alvorlig grad av demens i større grad enn hos de med mild til moderat demens. Dette fordi demenssykdommer er degenerative lidelser som påvirker både smerteoverførende nervefibrer, hjernens område for oppfattelse og registrering av smerte, i tillegg til kommunikasjon og hukommelse (McAuliffe et al. 2012). Det vil si at en person med demens enten kan oppleve å ha uutholdelige smerter uten å være i stand til å formidle det til de rundt seg, ha smerter fra en brukket arm uten å huske at det vil gjøre mindre vondt å holde den i ro, eller har en høyere toleranse for smerter som kan føre til at en sykdom som i utgangspunktet ikke er så alvorlig blir potensielt dødelig. Av den grunn må en anse atferd som gråt, roping, vandring, aggressiv atferd og annen brå endring i en persons tilstand som tydelig tegn på smerte, i følge Lillekroken og Slettebø (2013). Utfordringene her blir ikke å oppdage slik atferd da det vil være ganske tydelig hvis en person gråter eller vandrer, men det er i å tolke atferden utfordringen ligger. Knudsen og Larsen (2010) fant at sykepleiere var i stand til å identifisere smerterelatert atferd, men at de hadde vanskeligheter med å gjenkjenne hva smerteuttrykket innebar og viste usikkerhet med hensyn til nøyaktighet av vurderingen av smertene. Spesielt vanskelig var det å vurdere smerteintensitet. Ranhoff et al. (2007, s. 96) løfter også frem mer subtile tegn på smerter, som endringer i pusten, rask blinking og tilbaketrekking, og skriver at dette også er tegn som må tas på alvor. Ut i fra dette kan det trekkes slutninger om at smerteuttrykk vil variere ut i fra hvilke andre sykdommer personen har, type og grad av demenssykdom, og personlighet.

Sykepleierne er det helsepersonellet som har de beste forutsetningene for å kunne gjenkjenne og tolke smerteuttrykk hos personer med demens i følge Lillekroken og Slettebø (2013), mens Bettina Husebø (2009) er videre i sin beskrivelse og sier at det er det pleiepersonalet som kjenner pasienten fra det daglige stell som har de beste forutsetningene, enten det er en sykepleier eller annet pleiepersonell. Ut i fra Husebøs forklaring kan en anta at det er viktig å kjenne pasienten og ha en god relasjon med han for å oppdage smerter, men som Travelbee (1999, s. 144-145) skriver er det viktig å skille mellom data som er observert og data som er tolket. I utgangspunktet kan ikke sykepleieren vite om tolkningene er korrekte uten at pasienten bekrefter dette, samme hvor godt hun kjenner han, men hos pasienter med demens kan det på være vanskelig å få pålitelig informasjon om deres sanseopplevelse (Hansen, 2012). I den sammenheng kan det være nyttig å bruke en smertedagbok, slik at en blir mer

oppmerksom på, og kan fange opp et mønster, eller små endringer som oppstår (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007, s.95-96). For noen kan dette fungere godt, men for andre kan det være like hensiktsmessig å bare bruke vanlig journal til dokumenteringen. Fordelen med en dagbok kan være at pårørende også kan notere, og de kan sitte på informasjon som ikke sykepleierne får, eller ser. McAuliffe et al. (2012) peker på at demente kan få en bedre smertelindring hvis kartlegging foregår i samarbeid med pårørende som kjenner personens historie og preferanser. Det som kan være en ulempe med en dagbok som brukes av mange forskjellige sykepleiere er at hver og en sykepleier tolker atferden og smertetrykkene ulikt slik at en ikke vil få sammenlignbare notater. Det som da kan styrke dagbokens funksjon er at det er kun rådata som noteres, og så kan tolkningene gjøres i fellesskap av de som kjenner pasienten best. Travelbee (1999, s. 144) skriver at det som er vesentlig er at sykepleieren er i stand til å notere det som faktisk observeres, før det blir tolket.

#### **5.4 Bruk av kartleggingsverktøy**

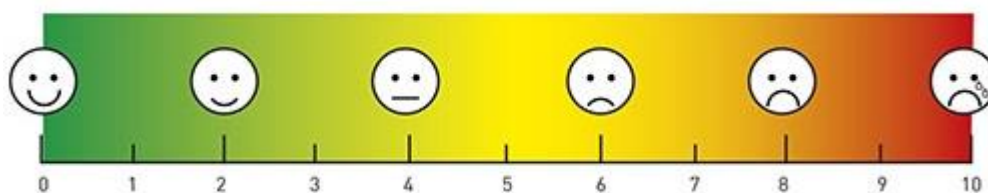
Kartleggingsverktøy, både selvrapporteringskaler og observasjonsbaserte skalaer, kan være til god støtte i smertevurderingen, også til personer med demens. Hansens (2012) undersøkelse viste at, til tross for at den generelle oppfatningen er at demente ikke kan gi reliable uttrykk for sin smerte, er selvrapporteringskaler et nyttig verktøy i kartleggingen som de demente var i stand til å bruke. Smerte er per definisjon subjektivt (Rustøen & Stubhaug, s. 138-139, 2011), og den beste kilden til informasjon er derfor personen som opplever smerten. Hølen et al. (2005) er enig i dette, men påpeker at i tilfeller der personen har langtkommen demens vil det være mest hensiktsmessig å bruke et observasjonsbasert kartleggingsverktøy.

Det kan bli et problem hvis de ulike sykepleierne ikke har samme oppfattelse av hvordan verktøyene skal brukes. Validiteten til verktøyene avhenger av om sykepleieren bruker de rett (McAuliffe et al., 2012). Derfor kreves det opplæring i bruk av skalaene, og felles rutiner for hvordan de skal brukes. Noe av ansvaret for å oppnå nødvendig kompetanse blant sykepleierne ligger dermed hos virksomhetens ledelse i å gjøre verktøyene tilgjengelig for sine ansatte, sørge for nødvendige ressurser til opplæring, og å utforme retningslinjer og prosedyrer. I tillegg vil det også være viktig at sykepleierne er konsekvente i valg av verktøy. Hvis to forskjellige sykepleiere bruker to ulike verktøy til den samme pasienten vil ikke resultatene være sammenlignbare over tid. Et stort antall valide skalaer kan gjøre det vanskelig å velge den som er best egnet i praksis. Det er viktig å tilpasse valg av verktøy til pasientens kognitive status. Selvrapporteringskaler kan ikke benyttes av personer med alvorlig demens (Knudsen & Larsen, 2010). Samtidig er det viktig å velge et verktøy som er



enkelt å bruke og som har høy reliabilitet, sier Knudsen og Larsen. Som tommelfingerregel kan en si at selvrapporteringsverktøy er gjennomførbare hos personer med mild til moderat demens, og observasjonsbaserte verktøy bør brukes hos personer med langtkommen demens. Slutningen at en kombinasjon vil alltid være hensiktsmessig kan en dra ut i fra funnene til Knudsen og Larsen (2010) som sier at prevalensen av smerte øker når en bruker flere tilnæringsmåter i kartleggingen.

Å bruke selvrapporteringsverktøy forutsetter at pasienten forstår oppgaven som skal utføres og meningen av ordene som benyttes, og at en er i stand til å omgjøre ens subjektive opplevelse av smerte til tall eller ord på et papir, som kan være vanskelig for en person som har en demenssykdom (Knudsen & Larsen, 2010). De påpeker også at «verst tenkelig smerte» ofte brukes i den ene enden av skalaen og det forutsetter at personer husker tidligere opplevd smerte. Hansen (2012) er ikke enig i denne påstanden da han sier at «verst tenkelig smerte» ikke går på pasientens tidligere opplevelser, og dermed om han husker dette, men at det handler om tenkt smerte. Det anbefales også å spørre demente om smerteintensiteten her og nå, og spørre gjentatte ganger (Knudsen & Larsen, 2010). Av selvrapporteringsverktøy anbefaler Knudsen og Larsen (2010) NRS som er funnet valid og har stor reliabilitet for personer med mild demens. Hansen (2012) konkluderer også med at NRS godt kan forklares til og forstås av personer med mild til moderat demens. I tillegg viser Hansen til resultater fra flere studier som viser at de eldre foretrekker NRS fremfor VAS. Det som er fordelen med en farget VAS er at demente ofte husker farger og betydningen av disse langt inn i sykdommen (Hansen, 2012). Dette gjør det mulig at en kan bruke denne lengre enn for eksempel NRS. I likhet med en farget VAS er også Ansiktsskala lett for eldre å bruke, og i likhet med NRS liker de eldre denne type skala godt (Bjørø og Torvik, 2008, s. 339-340). Hansen (2012) påpeker også at ansiktsskala brukes i smertekartleggingen av barn som viser at den ikke er avhengig av komplisert verbal språk, eller abstrakte tankemåter. En kombinasjonsskala, som den under (NRS, VAS og Ansiktsskala), kan kanskje være lettere for personer med demens å forstå da den gir flere holdepunkter for den demente å vurdere ut i fra.



En studie (Lillekroken & Slettebø, 2013) fant at sykepleiere har lite kjennskap til observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Gjennom observasjon prøver en å avdekke atferdsendringer som indikasjon på smerte. Det er varierende hvor mange områder av observerbar atferd skjemaene inneholder (Knudsen & Larsen, 2010), og McAuliffe et al. (2012) lister opp seks kategorier som bør inngå i et observasjonsverktøy; ansiktsuttrykk, negative utrop, kroppsspråk, endringer i aktivitetsnivå, sosiale endringer og endringer i mental status. Doloplus-2 inneholder alle kategoriene bortsett fra endringer i mental status (Hølen et al., 2005), mens MOBID-2 i tillegg mangler det som går på endringer i aktivitetsnivå og sosiale endringer (Husebø, 2009). Det vil si at med Doloplus-2 får en et bredere bilde av situasjonen, og blir også nødt til å vurdere om det er endringer. Ved å bruke MOBID-2 fokuserer en på smerter her og nå, og ikke så mye på endringer, selv om det står at en skal ta med observasjoner gjort den siste uken. En fordel med MOBID-2, ovenfor Doloplus-2, er at en skal observere pasientene i aktivitet og lede dem gjennom fem standardiserte bevegelser. Da kan en avdekke smerter som ikke nødvendigvis kommer til syne i hvile, og som lett kan overses. Begge skalaene er utprøvd på demente ved norske sykehjem, og vist seg å være av god kvalitet. Det blir en vurderingssak for hver enkelt sykepleier hvilken som vil passe best i en hver situasjon. Det kan tenkes at Doloplus-2 er mer hensiktsmessig å bruke for å avdekke smerter hos demente da de ofte har mer diffuse smerteuttrykk som endringer i aktivitetsnivå, søvn, sosial samhandling og atferdsproblemer, mens MOBID-2 er bedre til å lokalisere kjent smerte siden den inneholder et kroppskart og fem ulike kategorier for lokalisasjon av smerte.

## 5.5 Avslutning og konklusjon

Oppgaven har funnet at det er mange ulike faktorer som spiller inn og som gir sykepleiefaglige utfordringer i det å få til en tilstrekkelig smertekartlegging hos demente. Studiene drar frem mangel på kunnskap hos sykepleiere, kommunikasjonsvansker og lite bruk av kartleggingsverktøy som de mest sentrale. I arbeid med denne sårbare pasientgruppen er det viktig å ha kunnskaper om demenssykdommer, smerteuttrykk, kommunikasjon og kartleggingsverktøy, samtidig som en må ta seg tid til å skape en relasjon med pasienten og å se pasienten som et unikt menneske. Sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne skape et menneske-til-menneske forhold, se helheten i situasjonen og observere pasienten over tid. Kartleggingsverktøy kan også være til hjelp i arbeidet. Hos personer med mild til moderat demens er det fullt mulig å anvende selvrapporteringsskalaer, og kanskje en kombinasjon av NRS, VAS og ansiktsskala vil være den letteste å bruke for demente. For å optimalisere kartleggingen er det også viktig å bruke observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, gjerne i kombinasjon med selvrapporteringsskalaer. Hos personer med langtkommen demens er observasjon ofte eneste mulighet. Både MOBID-2 og Doloplus-2 er gode verktøy, med få behov for revideringer, og som gir pålitelig resultat.

Dermed; hvis det blir satt av tid til å skape relasjoner, de kliniske kunnskapene er tilstrekkelige, kartleggingsverktøy er tilgjengelige, og sykepleierne mottar opplæring i å bruke de vil en få en mer systematisk og effektiv smertekartlegging hos personer med demens ved norske sykehjem.

## 6 Referanseliste

- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient*, (1. utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blomqvist, K. (2011). Att känna igjen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom. I A. K., Edberg (red.), *Att möta personer med demens* (2.utg. s. 271-285). Lund: Studentlitteratur.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smerte. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient*, (1. utg., s. 333-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borglin, G. (2013). Mixad metod: en introduksjon. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.269-288). Pozkal: Studentlitteratur AB
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2006). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I S. Glasdam (red.), *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder* (s. 47-54). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- Glasdam, S. (2011). Innledning: At komme I gang med et sundhedsfagligt (professions) bachelorprosjekt. I S. Glasdam (red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik I videnskabelige metoder* (1.utg., s 17-23). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gotfredsen, K. (2011). Plejepersonalets hjælp til mennesker der lever med demens. I A. Arndal, S. G. Hasselbalch & A. Lolk (red.), *Forstå demens* (2. utg., s.143-152). Viborg: Hans Reizels Forlag.
- Hansen, J. B. (2012). Smertevurdering hos personer med demens. *Sygeplejersken: Danish journal of nursing*, 112(9), 73-76. Hentet fra <http://viewer.webproof.com/pageflip/345/87391/index.html#/73/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999. Hentet 15. januar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henricson, M. & Mårtensson, J. (2013). Publicering av examensarbeite. . I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 269-288). Pozkal: Studentlitteratur AB.
- Horgas, A., Elliott, A., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(1), 126-132. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x
- Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2005), The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patient with cognitive impairment. *Palliative Medicine*, 19(5), 411-417. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d8ba42eb-88f4-4c29-b855-7a290118e039%40sessionmgr4005&vid=15&hid=4214>
- Kirkevold, M. (2008). Individuell sykepleie. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient*, (1. utg., s. 100-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2008). Kartlegging. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb & A. H., Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient*, (1. utg., s. 113-122). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, L. B., & Larsen, T. A. (2010): Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(2), 29-41. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/1183>
- Kunnskapsbasert praksis (2012). *Kvalitativ metode*. Hentet 23. januar 2014 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>
- Kunnskapssenteret: nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (mai. 2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 24. januar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler;jsessionid=8E8BD8551F0C138AC891541942FCF7E3>
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 33(3), 29-33. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=a9cc8662-22c8-4242-b6c2-51e41b8a8f61%40sessionmgr113&hid=113>
- McAuliffe, L., Brown, D., & Fetherstonehaugh, D. (2012). Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 7(3), 219-26.  
Doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00331.x
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund (2001). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 22. januar 2014 fra <http://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf>
- Nygaard, H., & Jarland, M.(2005). Are nursing home patient with dementia diagnosis at

- increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 730-7.
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (2007). Noen av plagene: smerter. I A. H. Ranhoff, G. Schmidt & U. Ånstad (red.), *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger* (1.utg. s. 95-106). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rotegård, A. K., & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M., Holter & T. E., Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4.utg., s. 190-212). Oslo: Akribe.
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2011). Smerter. I U., Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (3.utg., s. 137-181). Oslo: Akribe.
- Skovdahl, K., & Edberg, A. K. (2001). Stöd för relationen – metoder för kommunikation och sinnesstimulering. I A. K., Edberg (red.), *Att möta personer med demens* (2. utg., s. 323-344). Lund: Studentlitteratur.
- St. meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDF S.pdf>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verity, J. (2005). *Genantænd livsgnisten hos mennesker med demens*. Danmark: Munksgaard.
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatry: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg I: Resultattabell.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<b>Lillekroken &amp; Slettebø (2013):</b> <i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.</i>	Å se på erfaringene sykepleiere har med kartlegging og behandling av smerte hos pasienter med demens.	Et kvalitativt design. Fokusgrupper, der 5-7 sykepleiere ble intervjuet og oppfordret til å dele erfaringer og kommentere hverandres erfaringer ble utført tre ganger. Dataene ble analysert ved hjelp av en metode i fire trinn.	18 sykepleiere i alderen 24-61 år, med erfaring i fra 3-35 år innenfor geriatri og/eller demensomsorg. Sykepleierne jobbet ved geriatrisk avdeling i sykehus og skjermet avdeling for demente ved sykehjem, øst i Norge.	Ulike forhold som sykepleiere må ta hensyn til når de skal kartlegge og behandle smerter hos demente: Pasientenes høye alder, samsykklighet og polyfarmasi, rutinene rundt smertekartlegging og smertebehandling, og etiske forhold. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy og et kontinuerlig fokus på smerter hos de demente vil føre til mer effektiv smertekartlegging. Det er behov for mer forskning på sykepleierens behov for kunnskap innenfor temaet.
<b>Hansen, J. B. (2012).</b> <i>Smertevurdering hos personer med demens.</i>	Å teste om tre spesifikke selvvurderings smerteskalaer kunne brukes på demente og dermed bidra til en bedre smertebehandling.	Deltakerne ble gitt instruksjoner om hvordan skalaene fungerte, og deretter stilt tre spørsmål. De to første omhandlet hvor på skalaen de skulle plassere seg hvis de henholdsvis hadde ingen smerte og verst tenkelig smerte. I det tredje spørsmålet ble de bedt om å plassere seg i forhold til	Åtte demente deltok i studien. Kriteriene for å få delta var at de var over 65 år, ikke ha psykiatriske symptomer, de måtte være av dansk opprinnelse, måtte ha gjennomgått en MMSE-test, være grundig utredet for deres demensdiagnose, og de måtte delta frivillig.	Alle åtte deltakerne svarte rett på de to første spørsmålene, som viser at det er mulig å forklare til, og forstås av demente. Samme resultat kan tolkes ut i fra svarene på spørsmål tre. Studien viser at skalaene kan brukes til systematisk kartlegging av dementes smerter.



		smerten de opplevde der og da. Slik ble alle tre skalaer gjennomgått, og etter en kort samtale ble spørsmål nr. 3 gjentatt, for å kontrollere om pasientenes svar var de samme.		
<b>Hølen, J. C., et. Al. (2005). <i>The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment</i></b>	Å oversette verktøyet til norsk, og å teste dets gyldighet i forhold til bruk i norske sykehjem.	Verktøyet ble oversatt ved å følge internasjonale retningslinjer.  Sykepleiere administrerte Doloplus-2 i samarbeid med to forskningsassistenter og resultatene ble sammenlignet med erfarne behandleres vurdering av smerter.	59 pasienter ved tre forskjellige avdelinger, diagnostisert med demens ble valgt ut av avdelingssykepleier og/eller ansvarlig lege. Pasientene var ikke i stand til å rapportere om smerter selv, og det var ikke et kriterium at pasientene skulle ha kjent smerte og/eller en smertefull diagnose.	Av de 59 pasienttilfellene fikk 10 tilfeller falskt negativt resultat. Det var således oppdaget smerter samtidig som ekspertene gjorde det.  Til tross for dette vurderes verktøyet som gyldig til å vurdere smerter hos pasienter med demens i norske sykehjem, men at det behøves en revidering av verktøyet.
<b>Husebø, B. S. (2009). <i>Smerteevaluering ved demens.</i></b>	Å teste MOBID-2 smerteskalaens reliabilitet og validitet for bruk til å vurdere smerter hos pasienter med ulik grad av demens.	Smerter ble registrert og tolket ved hjelp av videoopptak under morgenstell og klinisk undersøkelse. Verktøyet ble vurdert for reliabilitet, validitet og klinisk nytte for personalet.	284 sykehjemspasienter med ulik grad og forskjellige typer av demens, med og uten kjente smerter.	MOBID-2 smerteskala gir et godt grunnlag for estimering av smerteintensitet av smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet, men at andre type smerter er vanskelig å vurdere. Studien konkluderer med at verktøyet er godt nok til at det burde være tilgjengelig i alle norske sykehjem.

## Vedlegg II: MOBID-2 smerteskala og DOLOPLUS-2.

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 avvergeresjon, som kan være relatert til smerte



**Smertelyd**  
våkne  
stønnen  
Yrker seg  
Griper  
Skriker



**Ansiktsuttrykk**  
Crimasene  
Ryker pannen  
Strammer munnen  
Lukker øynene



**Avvergeresjon**  
Støtter  
Baklytter seg  
Skjuler fra seg  
Endringer i pust  
Knyper seg

#### Smerteintensitet

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

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

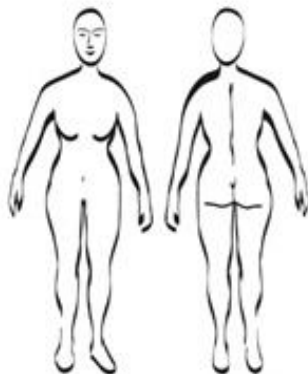
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergeresjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

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 avvergeresjon)



#### Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

© 2010 Helsebygg AS. Alle rettigheter forverret. For spørsmål kontakt oss på: 022 22 22 22

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

## Vedlegg III: NRS, VAS og Ansiktsskala

### 2. Numerisk Rang Skala (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### 3. Visuel Analog Skala (VAS)



### 4. Wong Baker ansigtsskala:

