



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	466
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7672
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	67
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	323

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

*Kartlegging av ordlaus smerte ved demens*

*Identifying wordless pain in dementia patients*

**Kandidatnummer 323 & 466**

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 27.05.2022

Vi stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Abstract**

**Title:** Identifying wordless pain in dementia patients

**Research question:** *How can nurses, in light of Kari Martinsen's theory of caring, assess pain in elderly nursing home patients with dementia and diminished ability to self-report?*

**Background:** In Norway, approximately 101 000 people live with dementia. This number is expected to be more than doubled by 2050 due to the coming age wave. Many elderly nursing home patients suffer from comorbidities that cause pain. Research shows that 80% of nursing home patients experience pain and that presence of pain has higher prevalence in patients with cognitive impairment compared to patients with ability to self-report. This increases the requirements for nurses to observe symptoms of pain.

**Aim:** The aim of this thesis is to explore how nurses can assess pain in people with dementia impaired ability to verbally self-report.

**Method:** A literature review. We conducted a systematic search in *CINAHL, PubMed, Cochrane Library and Joanna Briggs Institute*.

**Results:** Six articles were included in this literature review. The findings were categorized into four themes: *pain assessment tools, the importance of observations, raising knowledge among nurses and the need for further research and implementation of tools in clinical practice*. Studies show that assessment tools, for instance the *MOBID-2 Pain Scale*, are available to assist in detecting pain in patients with dementia and a diminished ability to self-report verbally. Still, pain assessment tools are not widely implemented in clinical practice in nursing homes. Nurses are aware of the importance of behavioural observation, but due to the complexity of pain behaviours, lack of training and workload pressure, they find pain assessment in patients with dementia a challenging field.

**Conclusion:** Further work towards clinical implementation is necessary. Clearer guidelines on use of pain assessment tools, as well as more education for nurses is needed. *MOBID-2 Pain Scale* is a good alternative for nurses to perform pain assessment in patients with dementia in nursing homes.

**Keywords:** dementia, pain, pain assessment, elderly, nursing home, diminished ability to self-report

# Innholdsliste

<i>Eldre kvinne i ordlaus smerte</i>	1
1.0 Introduksjon	2
1.1 Innleiing	2
1.2 Problemstilling med problemformulering	2
1.3 Grunngiving for problemstilling	3
1.4 Omgrepsavklaringar	3
1.5 Bakgrunn	4
1.5.1 Kva er demens?	4
1.5.2 Kva er smerte?	6
1.5.3 Kartlegging av smerter hos individ med demens	7
1.5.4 Kari Martinsen sin omsorgsteori	9
1.5.5 Yrkesetiske retningslinjer	9
2.0 Metode	10
2.1 Litteraturstudium som metode	10
2.2 Søkeprosess	10
2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterium	12
2.4 Kritisk vurdering av artiklar	12
2.5 Analyse og syntese	13
2.6 Kritikk av metode	14
2.7 Etske vurderingar	15
3.0 Syntese	16
3.1 Kartleggingsverktøy	16
3.2 Viktigheita av observasjonar	18
3.3 Kompetanseheving blant helsepersonell	18
3.4 Behov for meir forskning og implementering til praksis	19
4.0 Diskusjon	20
4.1 Resultatdiskusjon	20
4.1.1 Relasjonsskaping og kjennskap til pasienten	20
4.1.2 Kontinuitet i sjukepleia	22
4.1.3 Kartlegging av smerter i ein klinisk kvardag	22

4.1.4 Fokus på opplæring og kompetanseheving	24
4.2 Metodediskusjon	25
5.0 Konklusjon med perspektivering	26
Referansar	28
Vedlegg 1: PICO-skjema	32
Vedlegg 2: Prisma Flow-skjema	33
Vedlegg 3: Samle- og styrkeskjema (34-35)	34
Vedlegg 4: MOBID-2 smerteskala	36
Vedlegg 5: Doloplus-2	37

**Oversikt over tabellar og figurar:**

Figur 1: Utklipp av MOBID-2 smerteskala 8

Figur 2: Utklipp av samleskjema 13

Tabell 1: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterium 12

Tabell 2: Oversikt over hovudtema i inkluderte artiklar 14

*Eldre kvinne i ordlaus smerte*



Frå *Pain*, av Pedrazzini, C., u.å, Britannica ImageQuest  
([https://quest.eb.com/search/pain-geriatric/1/132\\_1260193/Pain/more](https://quest.eb.com/search/pain-geriatric/1/132_1260193/Pain/more)).

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Innleiing

Menneske med demens er ei sårbar pasientgruppe der multisjukdom, komorbiditet, polyfarmasi og funksjonssvikt ofte står sentralt (Helsedirektoratet, 2022). Vidare har pasientar med demens redusert evne til kommunikasjon, og eit dårlegare grunnlag enn andre til å formidle kjensler og uttrykkje behov, eksempelvis på grunn av afasi (Helsedirektoratet, 2022). Menneske med demens føler gjerne på kjensler for sorg, tap, forneking, angst og depresjon, noko som viser at det er mange faktorar som kan påverke smerteopplevinga til denne pasientgruppa (Helsedirektoratet, 2022). Det er antatt at opp til 80% av pasientar i sjukeheim har smerter (Sirsch et al., 2020, s. 150). Forsking viser at identifisering og behandling av smerter hos pasientar i sjukeheim, er ei stor utfordring for helsepersonell (Torvik et al., 2009, s. 8). I tillegg viser funn at førekomsten av smerter hos pasientar med demens, som ikkje kan sjølvrapportere, er høgre enn hos pasientar som verbalt kan uttrykkje kjensler (Torvik et al., 2009, s. 11).

Vi står i dag overfor ei veksande eldrebefolkning (World Health Organization, 2021b). Demens er blant helsetilstandane som er assosiert med høg alder, og slik banar denne eldrebølgja vegen for ei påfølgande demensbølgje (World Health Organization, 2021b). Talestimatet på menneske med demens vil doble seg innan 2050 (Gjøra et al., 2020). Denne auken er ikkje forventa kun her i Noreg, men også på verdsbasis (Strand et al., 2014). Sett saman med forskning som viser at smertekartlegging hos pasientar med demens er eit krevjande fagfelt, ser vi på temaet som svært aktuelt, med høg sjukepleiefagleg relevans i tida framover.

## 1.2 Problemstilling med problemformulering

Problemstillinga vi har utarbeidd lyder som fylgjer:



*Korleis kan sjukepleiar, i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori, kartleggje smerter hos eldre sjukeheimspasientar med demens og avgrensa evne til sjølvrapport?*

Den konkrete problemformuleringa vår er: Kva verktøy kan kartleggje smerter hos pasientar med demens, som ikkje kan uttrykkje dei sjølv?

### 1.3 Grunniving for problemstilling

Val av problemstilling tek utgangspunkt i særleg tre faktorar. Først og fremst har begge forfattarar nyttig arbeidserfaring frå eldreomsorg og sjukeheim, og det fell oss difor naturleg å gå djupare inn i denne eldre pasientgruppa. Dei kan ha redusert evne til verbal kommunikasjon, og formidlar gjerne kjensler og behov på andre måtar (Bjørø & Herr, 2008). Vi har sett korleis smerter kan bidra til sengeleiet sine komplikasjonar, som til dømes korleis immobilisering kan gi grobotn for trykksår, djup venetrombose, muskelatrofi og obstipasjon, som vidare kan årsake ytterlegare smerter. Vidare er smerter eit fagfelt som fangar interessa vår, og eit tema som er sentralt når det gjeld pasientar med demens, då dei gjerne har komplekse sjukdomsbilete og mange årsaker til smerter (Helsedirektoratet, 2022). Vi ynskte å undersøkje ei dagsaktuell problemstilling og tenkjer då på den forventa eldre- og demensbølgja. Det er også viktig for oss å belyse eit tema som gir oss grunnlaget for å oppfylle vår lindrande sjukepleiefunksjon, samt utføre kunnskapsbasert praksis som komande sjukepleiarar. Desse faktorane kombinert, resulterte i valt problemstilling.

### 1.4 Omgrepsavklaringar

*Eldre:*

Romøren (2014, s. 29) definerer eldre som personar over 67 år. Yngre med demens er dei under fylte 65 år ved diagnosetidspunkt (Aldring og helse, u.å.-a). Vi ynskjer å undersøkje den eldre pasienten med ei demensdiagnose, og med bakgrunn i dette vil oppgåva vår omtale eldre som personar over 65 år.

### *Sjukeheimspasient:*

Ordet sjukeheimspasient er eit samansett ord som består av sjukeheim og pasient.

Brodtkorb og Hauge (2020, s. 263) skildrar ein sjukeheim som ein institusjon som skal ivareta den eldre i dagleglivet, der den eldre treng meir hjelp enn det heimebaserte tenester kan yte.

*Helsedirektoratet* (2018) definerer ein pasient slik: «Begrepet pasient brukes om personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp.» Desse to definisjonane sett saman, gir betydning til omgrepet sjukeheimspasient.

### *Kartleggje:*

Å kartleggje skildrar *Helsedirektoratet* som “[...] å avdekke status og danne grunnlag for vidare tiltak på en systematisk måte. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon.” (2012, s. 44).

I oppgåva omtaler vi den eldre pasienten som eit menneske over 65 år som får helsehjelp og ivaretaking i sjukeheim. Sett i samanheng med problemstillinga, har denne pasienten også demens. Fleire stader i oppgåva er «eldre pasientar med demens i sjukeheim» forkorta til EPDS.

## 1.5 Bakgrunn

### 1.5.1 Kva er demens?

World Health Organization (WHO) definerer omgrepet demens slik:

Dementia is a syndrome – usually of a chronic or progressive nature – that leads to deterioration in cognitive function (i.e. the ability to process thought) beyond what might be expected from the usual consequences of biological ageing. It affects memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement. Consciousness is not affected. The impairment in cognitive

function is commonly accompanied, and occasionally preceded, by changes in mood, emotional control, behaviour, or motivation. (World Health Organization, 2021a)

Demens påverkar altså fleire kognitive funksjonar som er viktig for meistring av kvardagen (Skovdahl, 2020, s. 417). Tilstanden kan vise seg som endra åtferd, og symptom som agitasjon, aggresjon, afasi og apati kan oppstå (Bettina S. Husebø et al., 2020, s. 245). Til dømes kan ein pasient med demens opptre verbalt utagerande eller motorisk uroleg på grunn av smerter, men utan evne til å uttrykkje det. Då kan behovet for ivaretaking og oppleving av tryggleik stå sterkt (Helsedirektoratet, 2022). Årsakene til utvikling av demens er mange og samansette, men arv, livsstil og andre sjukdomar kan vere disponerande faktorar, i lag med aukande alder (Aldring og helse, u.å.-d). Demens kan ikkje kurerast, men det finst legemiddel som kan dempe eller bremse symptoma (Aldring og helse, u.å.-c).

I Noreg vert demens diagnostisert som mild, moderat eller alvorleg grad av demens etter det internasjonale systemet ICD-10 (Skovdahl, 2020, s. 421). Demens kan utvikle seg som primær hjernesjukdom, slik som Alzheimers sjukdom, eller kome sekundært av annan sjukdom, til dømes hjerneslag (World Health Organization, 2021a).

*Aldring og helse* utarbeidde ein rapport frå Demensplan 2020 som viser at 101 000 nordmenn levde med demens i 2020, og i 2050 talfestar ein auke til 235 000 som fylgje av eldrebølgja (Gjøra et al., 2020, s. 28). Ifylgje *Helsedirektoratet* (2022b) er førekomsten av demenssjukdom hos norske langtidsbuande sjukeheimspasientar på over 80%. Det vil seie at majoriteten av sjukeheimsbebuarane har ei form for demens, noko som understrekar relevansen for kompetanse om denne pasientgruppa og dette fagfeltet.

### *Alzheimers sjukdom*

Den hyppigaste årsaka til utvikling av demens er Alzheimers sjukdom, som står for 60% av tilfella (Aldring og helse, u.å.-b). Det vanlegaste er sjukdom som utviklar seg etter fylte 65 år (Aldring og helse, u.å.-b). Tilstanden er progredierande og har ofte ei langsam utvikling dei første åra, før livssituasjonen endrar seg og behovet for pleie aukar (Aldring og helse, u.å.-b). Alzheimers sjukdom skuldast øydelegging av nerveceller, og det er oftast hippocampus i

tinninglappen som vert råka først, noko som gir konsekvens for minnet vårt (Aldring og helse, u.å.-b).

### 1.5.2 Kva er smerte?

*Den internasjonale foreininga for smerteforskning (IASP)* sin reviderte definisjon av smerte er: “An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potensial tissue damage” (IASP, 2021). Den tidlegare versjonen frå 1979 vart kritisert for å bruke ordet «described as» i staden for «resembling». Bakgrunnen for diskusjonen er at mange personar ikkje er i stand til å skildre eiga smerte, til dømes som fylgje av ein kognitiv svikt. IASP sin reviderte definisjon har ikkje krav om at ein må skildre si eiga smerte for å ha smerte; det er derimot tilstrekkeleg å kunne anta at personen har smerter (IASP, 2021).

Det finst ulike definisjonar av smerte (Dansk Lægemiddel Information & Felleskatalogen, 2022; Nortvedt, 2015; Sandvik, 2020), noko som indikerer at omgrepet er komplekst og i høg grad subjektivt. Smerte kan ikkje målast direkte, og ein kan dermed ikkje nekte at ein person har smerter dersom vedkomande gir uttrykk for det. Med bakgrunn i at ein nærmar seg omgrepet gjennom personlege livserfaringar, samt biologiske, psykologiske og sosiale faktorar, bør ein person si oppleving av smerte alltid respekterast (IASP, 2021).

Smerte kan vere både akutt og langvarig, og begge typar er vanlege hos eldre (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Akutte smerter kan indikere at pasienten er i fare, og det vert dermed viktig å identifisere årsaka (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Når ein person får akutte smerter, kan dei ofte koplust til ein vevsskade, også kalla nocisepsjon (Kristoffersen et al., 2016b, s. 171). Som respons på smertesignala frå vevet til hjernen, set kroppen i verk tiltak for å verne seg (Nielsen et al., 2018). Vanlege akutte smerter hos den eldre pasienten er smerter eksempelvis knytt til ein urinvegsinfeksjon (Herr et al., 2019, s. 9). Langvarige smerter vil på den andre sida indikere at personen har hatt vedvarande eller stadig tilbakevendande smerter i minst tre månadar (Treede et al., 2015). Hos eldre pasientar kjem

langvarige smerter gjerne frå muskel- og skjelettsystemet, slik som kroniske rygg smerter (Cimas et al., 2018, s. 4). Forsking viser at langvarige smerter hos EPDS er underrapportert og ofte feildiagnostisert som blant anna angst og agitasjon (B. S. Husebø et al., 2011). Smerte vert i fleire tilfelle referert til som det femte vitale teikn, og det er difor like viktig å kartleggje som andre livsteikn (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402). Nedsett evne til å sjølvrapportere smerter, tyder ikkje at personen er fri for smerter og utan behov for smertelindring (IASP, 2021). Både akutt og langvarig smerte må kartleggjast og dokumenterast av sjukepleiar. Slik informasjon gir grunnlag for å vurdere ei eventuell akutt endring og utvikling av pasienten sin helsetilstand over lengre tid (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402).

### 1.5.3 Kartlegging av smerter hos individ med demens

Smerter kan vere vanskeleg å oppdage hos pasientar med demens (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Eldre har ofte multisjukdom, funksjonssvikt og polyfarmasi, noko som gjer dei meir utsett for komplikasjonar og uheldige biverknadar (Ranhoff, 2014, s. 226). Med aukande alder, aukar også sannsynet for sjukdom som årsaker smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s. 397). Vi snakkar om ei kompleks pasientgruppe med diffuse og atypiske symptom på sjukdom (Ranhoff, 2014, s. 226). Med ein demensdiagnose i tillegg, vil det oppstå ytterlegare utfordringar knytt til kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient.

Realitetsorientering, validering og reminisens er aktuelle kommunikasjonsteknikkar i demensomsorga og byggjer på ei personsentrert tilnærming (Sandvik, 2020).

Realitetsorientering handlar om å rettleie pasienten til den noverande situasjonen. Det er vanleg at menneske med demens ofte heng att i fortida, gjerne i barndomen. Innlemming av tidlegare opplevingar i notida kallar ein reminisens eller minnearbeid. Validering går ut på å stadfeste pasienten sine opplevingar, til dømes ved å vise at du forstår at han er redd og har smerter (Sandvik, 2020).

Utfordringa i demensomsorga er at pasienten ofte ikkje kan sjølvrapportere eller verbalt formidle smerter, noko som vidare vanskeleggjer kartlegging og behandlinga av dei (Ranhoff, 2014, s. 226). Sjukepleiaren må ta i bruk andre metodar for datainnsamling av

pasienten enn den verbale dialogen ein vanlegvis fører med kognitivt friske pasientar. Gjennom denne datainnsamlinga brukar sjukepleiaren sansane sine for å observere pasienten, og det er denne evna ein omtalar som «det kliniske blikket» (Aspsæther et al., 2019).

Det finst fleire hjelpemiddel for å kartleggje smerter hos EPDS. «Smerteindikatorer hos gamle med demens» er utvikla av *American Geriatrics Society* (2002, s. 7; Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Desse smerteindikatorane, som til dømes ansiktsuttrykk og vokalisering, har lagt grunnlaget for fleire observasjonsbaserte skjema for personar med manglande språk. Blant desse er *Checklist of nonverbal pain indicators* (CNPI) og *Doloplus-2* (vedlegg 5), som også er oversett til norsk (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). CNPI er i utgangspunktet meint for hofteopererte pasientar i postoperativ fase. I tillegg har Bettina S. Husebø utvikla eit norsk kartleggingsverktøy, *MOBID-2 smerteskala* (vedlegg 4), som kartlegg både smerteintensitet og lokalisasjon av smerta. Til samanlikning påviser Doloplus-2 kun eksistens av smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405).

### MOBID-2 smerteskala

MOBID-2 står for Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (Bettina S. Husebø, u.å.). Smerteskalaen vert brukt ved at helsepersonell rettleiar pasienten i utføring av bestemte rørsler. Vidare observerer sjukepleiaren eventuelle smerterelaterte handlingar hos pasienten. Helsepersonellet registrerer smerteåtfærd og vurderer smerteintensiteten på ein skår frå 0 til 10, der 0 er inga smerte og 10 er verst tenkjelege smerte (Bettina S. Husebø, u.å.). Verktøyet har to delar. Del éin har som mål å kartleggje smerter i musklar, ledd og skjelett gjennom morgonstellet, medan del to tek føre seg smerter i indre organ (Bettina S. Husebø, u.å.).

Figur 1: Utklipp av MOBID-2 smerteskala.

APPENDIX

## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

Vær oppmerksom på pasientens smerteåtfærd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstelt. 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 smerteåtfærd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteåtfærd	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet
<b>Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte</b> <small>SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER</small>	«Aul» Stønner Yrker seg Gåsen Skriker	Grimaser Rynker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Sliver Beskytter seg Skyver fra seg Endringer i posen Krymper seg	<b>Basert på observert smerteåtfærd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10</b>
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 hofteledd	<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

#### 1.5.4 Kari Martinsen sin omsorgsteori

Kari Martinsen ser på omsorg som kjernen i sjukepleia (Kristoffersen et al., 2016b, s. 53). Den er naturleg og fundamental ved mennesket sin eksistens, og kan sjåast på som ein sosial relasjon der omsorga mellom menneske er det vesentlege (Martinsen, 1989, s. 67–69). Omsorgsteorien vektlegg ei menneskeoppfatning som byggjer på relasjonar, der det menneskelege fellesskapet står sentralt (Kristoffersen et al., 2016b, s. 55). Ein er avhengig av å ha andre menneske rundt seg for å danne gode relasjonar, og her er tillit eit nøkkelord. Denne avhengigheita er spesielt gjeldande i situasjonar der den eine parten i relasjonen treng hjelp, som ved sjukdom eller funksjonsnedsetting (Kristoffersen et al., 2016b, s. 55).

Sjølvstende og uavhengigheit rår høgt både i helsevesenet og i samfunnet elles, og desse verdiane strir på fleire måtar med omsorgsomgrepet. Omsorgsomgrepet kan tolkast som ei slags avhengigheit av andre (Martinsen, 1989, s. 80). Martinsen tek avstand frå denne måten å sjå omsorga på, og er bevisst på at alle menneske ikkje kan bli sjølvstendige. I staden nyttar ho omgrepet «betingelseslaus omsorg», der ein tek utgangspunkt i situasjonen pasienten finn seg i her og no, utan mål om å vinne uavhengigheit. Omsorga vert eit mål i seg sjølv (Kristoffersen et al., 2016b, s. 56).

I sjukepleieutøvinga framhevar Martinsen praktisk og erfaringsbasert sjukepleie (1989, s. 25). Om dette nyttar ho omgrepa «praktisk-moralsk handlingsklokskap» og «fagleg skjønn», der kunnskapen vert utvikla gjennom erfaring og refleksjon frå praktiske situasjonar (Kristoffersen et al., 2016b, s. 63). Likevel er ein kombinasjon mellom praktisk og teoretisk kunnskap naudsynt for å få ny innsikt og for å sjå sjukepleia frå andre sider (Kristoffersen et al., 2016b, s. 64).

#### 1.5.5 Yrkesetiske retningslinjer

Det finst yrkesetiske retningslinjer for sjukepleieprofesjonen som skal ivareta grunnlaget for all sjukepleie og gi respekt for livet til enkeltindividet. Som sjukepleiar vil ein møte på etiske problemstillingar, og då skal retningslinjene vere ei rettesnor for handteringa av dei (Norsk

Sykepleierforbund, u.å.). Dei inngår også i *Forskrift om nasjonal retningslinje for sjukepleieutdanning* (2019, § 9).

Knytt til kartlegging av smerter hos pasientar med demens, kan fylgjande retningslinjer vere særleg aktuelle: «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis», «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» og «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Retningslinjene skildrar sjukepleiaren sin lindrande funksjon, samt viktigheita i å drive ein kunnskapsbasert praksis. Vi har eit ansvar for å halde oss oppdaterte på forskning og nyttiggjere oss av den; i dette tilfellet korleis ein kan kartleggje smerter hos EPDS, for å lindre ubehaget det medfører.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Eit litteraturstudium skal systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder, og denne prosessen inneber å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den, og deretter samanfatte det ein har funne (Thidemann, 2019, s. 77). Litteraturstudium som metode er føremålstenleg i dette tilfellet då det var ynskjeleg å finne oppdatert forskning som kan svare på problemstillinga vår, og vidare sjå det i samanheng med personlege erfaringar frå helsesektoren.

### 2.2 Søkeprosess

Søkeprosessen byrja med eit innleiande søk øvst i kunnskapspyramiden, for orientering av eksisterande forskningslitteratur om temaet (Thidemann, 2019, s. 81). Kunnskapsbaserte oppslagsverk som *UpToDate* og *BMJ Best Practice* vart undersøkt, samt nasjonale, faglege retningslinjer på *Helsedirektoratet* sine heimesider. Ut frå problemstillinga har vi utarbeidd ein PICO med relevante emneord og tekstord (vedlegg 1). PICO står for patient (P),



intervention (I), comparison (C) og outcome (O) (Thidemann, 2019, s. 83). Det er brukt PIO, då C ikkje er aktuell for problemstillinga. Emneord skildrar innhaldet i artikkelen, som er henta frå databasen sin terminologi (Thidemann, 2019, s. 86). Det finst ulike typar emneordregister i databasane. MeSH-termar (Medical Subject Headings) vert brukt i blant anna *Cochrane Library*, medan *CINAHL* har eit eige emneordsregister som delvis er basert på MeSH, men som er betre utbygd innan sjukepleiefaget (Thidemann, 2019, s. 86). Tekstord er ord som forfattar av artikkelen har brukt i teksten (Thidemann, 2019, s. 86). Etter å ha systematisert problemstillinga i eit PICO-skjema, vart det lettare å organisere søkeord til innleiande og systematiske litteratursøk i databasar.

Søka vart gjennomført som Advanced Search i databasane *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane Library* og *Joanna Briggs Institute* (JBI). For å utføre korrekte søk var vi i dialog med *Høgskulen på Vestlandet* (HVL) sitt bibliotek gjennom digital rettleiing og chat-teneste. Det var ynskjeleg å inkludere mest mogleg relevant forskning. Dei ulike databasane ga varierende treff ved å nytte same tekst- og emneord, difor valde vi å ha noko variasjon i søkeord og ordkombinasjonar (vedlegg 1). Sameleis med bruk av underkategoriar og utvida søk. Til dømes i *PubMed*, ga bruk av MeSH-termar eit avgrensa søkeresultat framfor å inkludere meir relevant forskning. Sentrale søkeord som er brukt er (“dementia” OR “alzheimer’s disease”) AND “nursing home” AND “pain assessment” AND “pain management”. Ved å bruke AND mellom søkeorda vart begge orda i søket inkludert, medan bruk av OR ga resultat på det eine eller det andre ordet i søket (Thidemann, 2019, s. 87).

Tal treff i dei ulike databasane, samt kor mange abstrakt og artiklar som vart lesne i fulltekst er beskrive i Prisma Flow-skjema (vedlegg 2). *JBI* ga utfordringar vi ikkje opplevde i andre databasar. Søket ga totalt 11 treff, der éin artikkel var av interesse etter å ha lese abstraktet. Artikkelen var ikkje tilgjengeleg på internett og kunne heller ikkje lastast ned eller bestillast. Bibliotekar på HVL meiner årsaka til den utilgjengelege artikkelen kan vere at den enda ikkje er publisert i sin heilskap. Vi avgjorde å ikkje bruke ytterlegare tid og ressursar på artikkelen frå *JBI*, og har dermed ikkje inkludert nemnd artikkel. Totalt er seks artiklar inkludert i prosjektrapporten (vedlegg 3).

## 2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterium

For å systematisere søket ytterlegare er det utarbeidd inklusjons- og eksklusjonskriterium for litteraturstudien, som vist i tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterium.

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Fagfellevurdert forskning	Yngre med demens, altså < 65 år
Pasientar med ein demensdiagnose og svekka evne til sjølvrapport av smerter	Artiklar eldre enn 10 år
Sjukeheimspasientar	Personar med demens som er heimebuande, sjukehusinnlagde eller frå andre institusjonar enn sjukeheim
Artiklar publisert på norsk eller engelsk	Artiklar publisert på andre språk enn norsk eller engelsk
Utval representativt for den norske befolkninga – dermed geografisk avgrensing til Europa og USA	Studiar gjort i område med store avvik frå norsk kultur

## 2.4 Kritisk vurdering av artiklar

Dei inkluderte artiklane i prosjektrapporten er kritisk vurderte med oppdaterte sjekklister for artiklar med ulike studiedesign frå *Helsebiblioteket* (2016). Ein fellesnemnar for sjekklistene, er om valt studiedesign er eigna til å svare problemstillinga, som skal vere tydeleg formulert (Helsebiblioteket, 2016). Vi vurderte det som viktig å ha problemstillinga framfor oss under gjennomgangen av artiklane (Thidemann, 2019, s. 93). Artiklane vart også vurderte ut frå struktur. I vitenskaplege artiklar innan helsefag er det ofte brukt IMRaD-struktur sidan den fylgjer forskingsprosessen (Thidemann, 2019, s. 66–67). IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2019, s. 68–69). Artikkelen 1 og 5 (vedlegg 3) har bakgrunn i staden for introduksjon, men innhaldet er likt. Den kritiske vurderinga av artiklar vart altså gjort ved hjelp av pålitelege sjekklister og IMRaD-struktur.

## 2.5 Analyse og syntese

Etter kritisk vurdering med bruk av *Helsebiblioteket* sine sjekklister (2016) og val av artiklar sette vi dei inn i eit samleskjema (vedlegg 3). Då fekk vi ein god oversikt over dei ulike artiklane, og kva dei tok føre seg.

Figur 2: Utklipp av samleskjema.

kunnskapssenteret

### Fagprosedyrer

Samleskjema for artiklar

Artikkel nr.	Årstal	Studiedesign	Metode			Resultat		
			Utvål/storleik	Intervensjon	Kommentarar	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
<b>Artikkel 1:</b>  Burns & McIlfrack  <i>Palliative care in dementia: literature review of nurse's knowledge and attitudes towards pain assessment</i>	2015	Systematisk oversikt (SR)	Søk i kjende databasar: CINHAHL, MEDLINE, PsychINFO, Wiley, Pubmed, ProQuest, OVID.  128 treff, men avslutningsvis 11 inkluderte artiklar, derav dei fleste kvalitative. Utvalet i studiane varierte frå sju til 244 autoriserte sjukepleiarar.		Artikkelen oppfyller ikkje alle inklusjons- og eksklusjonskriteria. Vi vel likevel å inkludere den. Sjå pkt. 2.4 for kritisk vurdering av artiklar.	Fem område vart undersøkt: 1) Utfordringar knytt til å identifisere smerter hos pasientar med demens 2) Mangel ved smertekartleggingsverktøy 3) Tidsavgrensingar og arbeidsmengd 4) Mangel på samarbeid og kommunikasjon mellom personalet 5) Opplæring og kompetanse  Resultatet viser at desse fem faktorene spelar ei viktig rolle for sjukepleiaren sine føresetnader for smertekartlegging hos pasientar i sjukeheim.	Sjukepleiaren har ei viktig rolle for å oppnå god handtering av smerte gjennom kartleggingsverktøy, åtferdsmessige observasjonar og val av analgetika. Ei stor utfordring er at uttrykk for smerter hos pasientar med demens, er individuelt og komplekst. Opplæring, stabilitet og standardiserte tilnærmingar til smertekartlegging er nøkkelen for å lukkast hos denne pasientgruppa.	Oversiktsartikkelen peiker på fleire sentrale poeng. Døme er at sjukepleiar ikkje kan stole på standardiserte skjema fordi kvar demenssjukdom er individuell, og faktorar som åtfærd må takast i betraktning. Artikkelen legg også fram korleis tidspress og arbeidsmengd vert ein barriere for god smertehandtering. Sjukepleiaren si oppleving er høgt vektlagt, noko som er svært relevant for å kunne skape endring og drive kunnskapsbasert praksis.
<b>Artikkel 2:</b>  Husebø et al.  <i>Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review</i>	2016	Systematisk oversikt (SR)	Søk i kjende databasar: MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL og Cochrane Libraries. 3138 treff som til slutt blei spissa ned til 12 artiklar brukt i studien.			Tre problemstillingar vart tekne for seg, derav to var av relevans: 1) Kva er best eigna verktøy for å kartlegge smerte? 2) Kva utfallsmål har blitt brukt for å identifisere smerte, smerteåtfærd og/eller effekten av behandlinga?	Smerter hos pasientar med demens er ei kompleks utfordring. Validerte verktøy for å kartlegge smerter er tilgjengelege, men ikkje klinisk implementert. Offentlege retningslinjer om temaet manglar.	Det er utarbeidd metodar for å legge til rette for god smertehandling hos pasientar med demens, nettopp ved å vektlegge kartlegginga. Kunnskapsgrunnlaget ligg der, men det må forskast vidare på, samt implementerast i klinisk samanheng for å oppnå eit betre utfall.

For å finne ut kva hovudtema som skulle forme syntesen fann vi inspirasjon i Aveyards tematiske analysemodell (Aveyard, 2019, referert i Thidemann, 2019, s. 96–99). Vi starta med å gå til resultatdelen i kvar artikkel og las denne grundig. Markeringstusj vart nytta for å sortere ut tema av relevans. Aveyard tilrår å setje dei ulike tema i ein tabell med oversikt over kva artikkel dei er henta frå (Aveyard, 2009, referert i Thidemann, 2019, s. 97). Vi utarbeidde ei oversikt over kva artiklar som tok føre seg ulike tema og fekk ein mal for syntesen.

Tabell 2: Oversikt over hovudtema i inkluderte artiklar.

Tema/artikkel	1 Burns & McIlfratrick	2 Husebø et al. (2016)	3 Husebø et al. (2014)	4 Malara et al.	5 Pringle et al.	6 Rostad et al.
Kartleggingsverktøy		<b>X</b> EPCA-2 <sup>1</sup> , PAINE <sup>2</sup> , PADE <sup>3</sup> , MOBID-2 <sup>4</sup>	<b>X</b> MOBID-2	<b>X</b> NRS <sup>5</sup> , PAINAD <sup>6</sup> , CSDD <sup>7</sup> , CMAI <sup>8</sup> , NPI <sup>9</sup>		<b>X</b> Doloplus-2
Observasjonar	<b>X</b>			<b>X</b>		
Kompetanseheving	<b>X</b>				<b>X</b>	
Vidare forskning og implementering til klinisk praksis	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

1 Elderly Pain Caring Assessment-2, 2 The Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons, 3 Pain Assessment for the Dementing Elderly, 4 Mobilisation-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2 Pain Scale, 5 Numeric Rating Scale, 6 Pain Assessment in Advanced Dementia, 7 Cornell Scale for Depression in Dementia, 8 Cohen-Mansfield Agitation Inventory, 9 Neuropsychiatric Inventory

## 2.6 Kritikk av metode

Det er viktig å stille seg kritisk til metoden som er nytta, altså litteraturstudium. Ein god litteraturstudie kjenneteiknast mellom anna ved at problemstillinga er presis og avgrensa (Thidemann, 2019, s. 78). Presise søkeord er også viktig, og ein kan ikkje sjå vekk frå at det finst fleire synonym som også kunne gitt litteratur som svarar på problemstillinga vår. Det var vi bevisste på i førekan, og nytta oss difor av «MeSH på norsk» frå *Universitetet i Agder*, for å få råd (<https://mesh.uia.no/>).

Avgrensingar må også takast i betraktning. Vi har skrive ei oppgåve i tråd med HVL sine retningslinjer, mellom anna at oppgåva har ei maksimumsgrense på 8000 ord. Det avgrensar tal artiklar ein kan inkludere, og det har betydning for kor grundig ein kan undersøkje temaet. Slik kan relevant forskning bli ekskludert og vidare påverke resultatet.

Det vart også bestemt å inkludere éin artikkel som strei med to av inklusjonskriteria. Artikkel 1 (vedlegg 3) består av studiar der utvalet er frå ulike verksemdar som yter helsehjelp og ikkje kun frå sjukeheim. I tillegg er éin av artiklane i denne systematiske oversiktsartikkelen frå Sør-Korea (Chang et al., 2011), noko som aukar risikoen for kulturell ulikskap. Likevel ser vi nytteverdi i artikkelen når vi vurderer den i sin heilskap og ynskjer difor å bruke den til å finne svar på problemstillinga vår. Dette kan indikere at inklusjons- og eksklusjonskriteria har utestengt relevant forskning, framfor å spesifisere resultatet.

For å vise til sikker kunnskap, har vi hatt fokus på å nytte primærkjelder i størst mogleg grad. Fleire fagbøker, til dømes *Geriatrisk sykepleie* av Kirkevold et al. (2020) refererer til andre kjelder, mellom anna forskingsartiklar. Då har vi funne relevante kjelder ved å bruke referanselistene bakerst i kapitla.

Dei inkluderte artiklane inneheld forskning med ulike metodar, både kvantitativ og kvalitativ metode. Ulike forskingsmetodar presenterer resultat ulikt, og dermed kan det vere utfordrande å samanstillje resultat frå studiar som ikkje har brukt same metode (Thidemann, 2019, s. 99). Kvantitativ metode viser til tal og statistikk, medan kvalitativ metode bruker ord (Thidemann, 2019, s. 99). Samstundes har vi i oppgåva vurdert at kvantitativ forskning er vesentleg for å framheve omfanget av problemet, og at den kvalitative forskinga er naudsynt sidan EPDS er avhengige av sjukepleiaren sin erfaringsbaserte kunnskap.

## 2.7 Ethiske vurderingar

Det finst nokre moment som kan påverke arbeidet vårt, som vi må reflektere over for å oppnå eit best mogleg sluttprodukt. Først og fremst er ingen av oss særleg erfarne med å lese og tolke avansert faglitteratur korkje på vårt eige eller andre språk. Dette gir ein risiko for feiltolking av innhaldet. Dermed vert det også ein tryggleik at vi kun har inkludert fagfellevurdert forskning. Vidare har forfattarane av inkluderte artiklar tenkt på forskningsetikk, og til dømes teke omsyn til anonymisering og samtykkekompetanse. EPDS har avgrensa eller totalt fråværet av samtykkekompetanse, noko som må vurderast ved

gjennomføring av studiar med dette utvalet. Som forfattarar av litteraturstudien har vi eit ansvar for riktig kjeldetilvising, slik at informasjonen vi presenterer kan kontrollerast og forfattarane av fag- og forskingslitteraturen krediterast.

Førforståing av tema bør også vurderast. Sidan begge forfattarar av oppgåva har arbeidserfaring frå eldreomsorga og sjukeheim, kan det ha påverka vår oppfatning av temaet. Personleg har vi opplevd utfordringar rundt tolking av åtferd hos EPDS, og at smerter har for lite fokus og vert oversett. Metodearbeidet vårt kan ha blitt påverka ved at vi leitar etter forskning i harmoni med førforståinga vår, men det kan også gi ein peikepinn på nettopp det vi er ute etter. Dette er viktig å vere medviten på i tolkinga av resultatata, sidan rutinar på sjukeheimar i Noreg kan vere annleis enn i utlandet.

## 3.0 Syntese

Resultata frå litteratursøket vert framstilt i denne delen av oppgåva. Det vi har valt å trekke ut frå artiklane, er systematisert under fire tema: kartleggingsverktøy, viktigeita av observasjonar, kompetanseheving blant helsepersonell og behov for meir forskning og implementering til praksis.

### 3.1 Kartleggingsverktøy

I oversiktsartikkelen av Husebø et al. (2016) vert åtferdsmessige kartleggingsverktøy hos pasientar med demens i sjukeheim identifisert. Føremålet med oversiktsartikkelen er å innhente forskning som har undersøkt effekten av ulik medikamentell smertelindring hos pasientgruppa. Husebø et al. (2016) nemner fire kartleggingsverktøy som rapporterte respons i smerta hos pasientgruppa: *the Elderly Pain Caring Assessment 2 (EPCA-2)*, *the Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons (PAINe)*, *Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)* og *Mobilisation-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID)-2 smerteskala*. Av desse er det kun sistnemnde som oppfyller COSMIN sitt rammeverk. COSMIN står for Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments, der eit internasjonalt team utviklar metodiske og praktiske

verktøy for at ein i forskning og klinisk praksis skal anvende riktig kartleggingsverktøy (COSMIN, u.å.).

Husebø et al. (2014) sin klynge-randomiserte kontrollstudie tek føre seg smertekartlegging ved bruk av verktøyet *MOBID-2 smerteskala*. Studien undersøker om MOBID-2 gir pålitelege resultat ved testing og retesting av smerter hos pasientar med demens etter smertebehandling over tid. Også om kartleggingsverktøyet er lydhøyr for endringar vart undersøkt (B. S. Husebø et al., 2014). Eit viktig funn frå studien var «smallest detectable change» (SDC). Ein reduksjon på minimum 3 på MOBID-2 smerteskala er naudsynt for å stadfeste nedgang i smerteintensitet framfor eventuelle målefeil (B. S. Husebø et al., 2014). Pasientar som fekk individuell smertebehandling etter ein trinnvis protokollkartlegging med MOBID-2, var betre smertedekka enn kontrollgruppa som fekk vanleg pleie (B. S. Husebø et al., 2014). Husebø et al. (2014) fann også at det finst ein korrelasjon mellom MOBID-2 og *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI), som er eit kartleggingsverktøy for agitasjon. Etter åtte veker med individuell smertebehandling etter ein trinnvis protokoll, fann ein signifikant reduksjon i åtferdssymptom (B. S. Husebø et al., 2014).

Rostad et al. (2018) utførte ein klynge-randomisert kontrollstudie for å undersøkje om regelmessig smertekartlegging med verktøyet *Doloplus-2* endra smertebehandlinga og smerteskår over tid. Doloplus-2 måler smerteskår hos eldre med kognitiv svekking ved at helsepersonell observerer åtferd som skal avdekke somatiske, psykomotoriske og psykososiale reaksjonar på smerte. Rostad et al. (2018) kunne ikkje konkludere med at bruk av Doloplus-2 over tolv veker påverka smerteskåren eller den medikamentelle smertelindringa, samanlikna med kontrollgruppa. Sjølv om studien ikkje fekk noko evidens på dette, viser han likevel at Doloplus-2 er eit kartleggingsverktøy som påviser smerte hos EPDS. Smerteskår på  $\geq 5$  indikerer smerte, og den gjennomsnittlege smerteskåren hos intervensjonsgruppa var 8 (Rostad et al., 2018).

Malara et al. (2016) sin prospektive observasjonsstudie nytta ulike verktøy for å kartleggje smerter etter grad av kognitiv svekking og demens. *Numeric Rating Scale* (NRS) vart brukt ved evne til sjølvrapport, men kun 42,5% av pasientane ga eit påliteleg svar, og 20,4% av desse rapporterte inga smerte (Malara et al., 2016). *Pain Assessment In Advanced Dementia*

(PAINAD) vart nytta ved moderat eller alvorleg demens der 51,8% hevda dei hadde smerter (Malara et al., 2016). Basert på funn ved kartlegging av depresjon, agitasjon og angst, finn ein at utvikling av slike symptom kan grunnast i utilstrekkeleg behandla kroniske smerter. I kartlegginga vart *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) brukt for å kartleggje depresjon, CMAI for agitasjon og *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) for blant anna angst (Malara et al., 2016). Malara et al. (2016) konkluderer med at ein kombinasjon av sjølvrapport og bruk av smertekartleggingsverktøy er den beste måten for tilstrekkeleg smertekartlegging.

### 3.2 Viktigheita av observasjonar

Den systematiske oversiktsartikkelen av Burns og McIlfratrick (2015) diskuterer nødvendigheita av sjukepleiaren sine observasjonar, då kartleggingsverktøy ikkje vert brukt regelmessig i praksis. Årsaka til dette er at sjukepleiarar opplever smertevurdering ved hjelp av kartleggingsverktøy som utilstrekkeleg. Burns og McIlfratrick (2015) skildrar også ei utfordring ved at det vert brukt feil kartleggingsverktøy til feil pasient. Forskinga seier at sjukepleiarane er bevisst viktigheita av å observere og identifisere smerterelatert åtferd hos pasientar med demens. Manglande evne til sjølvrapport kombinert med manglande nytteverdi frå kartleggingsverktøyet gjer at sjukepleiarane finn større verdi i å observere humør og åtferd for å avdekke eventuell smerte.

I Malara et al. (2016) sin prospektive studie viser statistiske data frå analysen ein tydeleg samanheng mellom smerter og psykologiske symptom i form av åtferd og humør. Artikkelen samanfattar desse symptoma som «behavioral and psychological symptoms» (BPSD) (Malara et al., 2016). Kroniske smerter kan vise seg som depresjon, aggresjon og agitasjon dersom dei ikkje vert behandla (Malara et al., 2016).

### 3.3 Kompetanseheving blant helsepersonell

Behov for betre opplæring og utdanning blant helsepersonell, er eit anna tema Burns og McIlfratrick (2015) tek opp. Dei nemner studiar der sjukepleiarar fortel at dei ikkje har nok



kunnskap om handtering av smerter når evna til sjølvrapport manglar. Vidare uttrykkjer sjukepleiarar at det er naudsynt med god kjennskap til pasienten over tid, for å kunne kjenne att symptom og teikn på smerte. Også avgrensa tverrfagleg samarbeid med legar er ei utfordring, då dei ikkje har tiltru til at sjukepleiarane innehar nok kunnskap på området (Burns & McIlpatrick, 2015).

Den systematiske oversiktsartikkelen av Pringle et al. (2021) har undersøkt kompleksiteten av kartlegging og behandling av smerter hos EPDS. Dei 109 inkluderte artiklane er frå 17 land, noko Pringle et al. (2021) hevdar er med på å framheve at utfordringa rundt smertekartlegging i sjukeheimar ikkje er geografisk avgrensa. I artikkelen vert det konkludert med at vidare opplæring og detaljerte retningslinjer for helsepersonell er nødvendig for å kunne kartleggje og behandle smerter hos EPDS. Auka kunnskap og utarbeiding av ordentlege retningslinjer rundt smertekartlegging er særleg viktig hos pasientar med kognitiv svikt (Pringle et al., 2021).

### 3.4 Behov for meir forskning og implementering til praksis

Det er ein fellesnemnar i alle artiklane at det er behov for vidare forskning, samt betre implementering til klinisk praksis, då iverksetjing og evaluering av smertebehandling er eit viktig ansvarsområde for sjukepleiaren. Husebø et al. (2014) konkluderer med at MOBID-2 smerteskala er eit kartleggingsverktøy som måler endring i smerteintensitet ved systematisk og trinnvis smertebehandling hos pasientar med demens. Likevel påpeikar Husebø et al. (2016) at sjølv om validerte verktøy er tilgjengeleg, er dei ikkje implementert i klinisk praksis. Det er behov for offentlege retningslinjer som omhandlar tilpassa kartlegging og behandling av smerter hos EPDS, noko også Pringle et al. (2021) stadfestar.

Eit standardisert kartleggingsverktøy kan vere nyttig, ifylgje Rostad et al. (2018). Malara et al. (2016) hevdar at det er naudsynt med observasjon av åtferd, gjerne ved hjelp av eit kartleggingsverktøy, hos pasientar med demens. Det krevst vidare forskning for å undersøkje korleis og når kartleggingsverktøy kan brukast innanfor denne pasientgruppa (Malara et al., 2016), samt avklare dei patofysiologiske mekanismene som omhandlar smerterelatert åtferd hos pasienten (Rostad et al., 2018).

Burns og McIlfratrick (2015) påpeiker at det finst barrierar mot god smertebehandling for pasientar med demens, mellom anna utfordringar sjukepleiaren har knytt til tids- og arbeidspress. Slik viser oversiktsartikkelen eit behov for forskning på korleis dette kan løysast i ein klinisk kvardag.

## 4.0 Diskusjon

Funna i syntesen vert drøfta i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori, *Norsk Sykepleierforbund* sine yrkesetiske retningslinjer og bakgrunnsteori om demens og smerter.

### 4.1 Resultatdiskusjon

#### 4.1.1 Relasjonsskaping og kjennskap til pasienten

Kari Martinsen hevdar at ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar er avgjerande for å yte omsorg og å kunne sjå heilskapen i situasjonen (Martinsen, 2003, s. 69). Ho meiner at menneske er avhengige av kvarandre, og at dette vert tydeleg i situasjonar der ein treng hjelp, som ved sjukdom eller funksjonstap (Kristoffersen et al., 2016b, s. 55). Ved demens vil sjukdomen utvikle seg, og pasienten vil med tida få auka behov for sjukepleie (Aldring og helse, u.å.-d). Med bakgrunn i den progredierande sjukdomen vil ein ikkje ha som mål at pasienten skal bli frisk, men heller fokusere på å hjelpe pasienten i situasjonen han finn seg i. Omsorga vert eit mål i seg sjølv, noko Martinsen kallar «betingelseslaus omsorg» (Kristoffersen et al., 2016b, s. 56). Det å ha bygd opp ein god relasjon hos pasienten over tid, vil skape tryggleik og gi gode rammer for samarbeid. Oppleving av smerte er i høgste grad subjektivt (IASP, 2021), men ved at sjukepleiar kjenner pasienten si demensåtferd og hans habituelle tilstand, vil ein lettare kunne skilje denne frå smerteåtferd. Marala et al (2016) hevdar at smerter viser seg gjennom endra åtferd. Desse åtferdsmessige og psykologiske symptoma (BPSD) kan vise seg som depresjon, aggresjon og agitasjon. Når smerter kjem til uttrykk på ulike måtar hos pasientar med demens, understrekar det fordelene i å ha god kjennskap til pasienten. Burns & McIlfratrick (2015) vektlegg også dette. Personsentrert

sjukepleie med fokus på relasjonsskaping og «det kliniske blikket» vert sentralt, nettopp fordi det kan vere krevjande å skilje demensåtferd og smerteåtferd.

Vi har sjølv erfart at det ikkje alltid er lett å skape relasjonar med EPDS. På mange måtar lever denne pasientgruppa i «noet», sidan minnet deira er svekka, og pasienten gjerne ikkje hugsar frå ein gong til ein annan (Aldring og helse, u.å.-d). Ein har ikkje moglegheita til å spørje pasienten korleis smertene er samanlikna med for halvtimen sidan, då han fekk analgetika. Martinsen (2003, s. 78) er også inne på dette når ho seier at «Pleiesituasjonen er preget av å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå-situasjon». Dette gjeld når pasienten står i ein situasjon med stillstand eller tilbakegang, slik som ved demens (Kristoffersen et al., 2016b, s. 58). Dersom ein set utsegna til Martinsen i samanheng med ein eldre pasient med demens og smerter, handlar det om å betre smertestatusen her og no. Det vert desto viktigare å bidra til at pasienten kjenner velvære, som er ein naturleg del av omsorga, ifylgje Martinsen (Kristoffersen et al., 2016b, s. 58).

Hos EPDS gjeld det å nytte seg av gode kommunikasjonsteknikkar som realitetsorientering, validering og reminisens (Sandvik, 2020). Det kan tenkjast at dersom pasienten ikkje forstår kor han er, kven du er, og kva rolle du har, er nok ikkje kjensla av redsel og mangel på tryggleik langt vekke. Dersom språk er til stades hos pasienten, kan reminisens brukast for å kommunisere, og validering for å skape tryggleik og aksept (Sandvik, 2020). Sjølv om evna til å ytre ynskjer og behov er nedsett, kan enkelte pasientar ha kognitiv status som tillèt sjølvrapport av smerter til ei viss grad, og då kan NRS vere eit hjelpemiddel (Malara et al., 2016). Det å ha kontroll over eigen situasjon, føle tryggleik og aksept, er vesentleg for alle menneske som skal kommunisere og ikkje kun for dei med ei demensdiagnose. Ein kombinasjon av sjølvrapport og bruk av eit kartleggingsverktøy basert på observasjonar, kan vere gullstandarden for å kartleggje smerter hos denne pasientgruppa, ifylgje forskning (Malara et al., 2016).

Dersom god kjennskap til pasienten faktisk er avgjerande for å vurdere smerter, set det lys på eit svært sårbart område i sjukepleia. For korleis kan nyttilsette sjukepleiarar eller dei som har deltidsstilling då oppfylle sin lindrande funksjon? Om ein ikkje kjenner pasienten, slik som Burns og McIlpatrick (2015) peikar på som vesentleg, kan kartlegging av pasienten sine

smerter bli vanskeleg. Ei utfordring vi kjenner frå eigne arbeidsplassar er uvissa om pasienten er uroleg eller i smerter, eller om han er uroleg på grunn av smerter. Martinsen hevdar at den beste måten å forstå pasientbiletet på, er gjennom erfaring og ved å tileigne seg praktisk kunnskap ved å observere andre i møte med pasienten (Kristoffersen et al., 2016b, s. 55). Ho vurderer praktisk kunnskap som meir avgjerande for utøvinga av sjukepleie enn den teoretiske kunnskapen (Kristoffersen et al., 2016b, s. 55), og nyttar omgrepa «praktisk-moralsk handlingsklokskap» og «faglig skjøn» (Kristoffersen et al., 2016b, s. 63). I syntesen kjem det fram at observasjon av smerteindikatorar, anten med eller utan kartleggingsverktøy, er sentralt for å oppdage smerter hos EPDS. Sett i samanheng med IASP (2021) sin definisjon av smerte, underbyggjer dette at pasienten ikkje sjølv må uttrykkje at han har smerter, for at sjukepleiar gjennom observasjon kan anta at han har smerter.

#### 4.1.2 Kontinuitet i sjukepleia

Kontinuitet i sjukepleia peikar Burns og McIlpatrick (2015) på som viktig. På den eine sida er moglegheita for kontinuitet i sjukepleia til stades, då pasienten bur på sjukeheimen over lengre tid. På den andre sida kan det vere vanskeleg å halde denne kontinuiteten ved like, til dømes grunna turnusarbeid. Denne motsetnaden framhevar viktigheita i tverrfagleg samarbeid og god kommunikasjon mellom helsepersonell, noko forskinga til Pringle et al. (2021) og Burns og McIlpatrick (2015) er samde om. Det står i dei yrkesetiske retningslinjene at «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). God sjukepleiedokumentasjon og tillit mellom dei ulike yrkesprofesjonane vil altså tilrettelegge for å enklare kartleggje smerter hos EPDS.

#### 4.1.3 Kartlegging av smerter i ein klinisk kvardag

Det er utvikla mange validerte kartleggingsverktøy for å avdekke smerter hos pasientar med demens, ifylgje forsking (B. S. Husebø et al., 2016). Denne litteraturstudien har nemnd fylgjande kartleggingsverktøy: MOBID-2 smerteskala, Doloplus-2, PAINAD, EPCA-2, PAINE og PADE, fordelt på fire av dei seks inkluderte artiklane (B. S. Husebø et al., 2016, 2014; Malara

et al., 2016; Rostad et al., 2018). I Husebø et al. (2016) si systematiske oversikt vert det sagt at MOBID-2, EPCA-2, PAINe og PADE gir respons på smerte hos pasientar med demens, men at kun MOBID-2 oppfyller COSMIN sitt rammeverk (B. S. Husebø et al., 2016). Blant desse vert altså MOBID-2 smerteskala kartleggingsverktøyet med høgst klinisk relevans.

MOBID-2 er eitt av tre kartleggingsverktøy som er utprøvd i Noreg (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Dei to andre er CNPI og Doloplus-2. Det kan tenkjast at CNPI ikkje er det mest optimale kartleggingsverktøyet jamfør problemstillinga vår. Det er nemleg laga for kirurgiske pasientar i postoperativ fase, der ein forventar oppleving av smerte. Doloplus-2 påviser eksistens av smerte hos pasientar med demens, slik som Rostad et al. (2018) stadfestar i sin studie. Sidan MOBID-2 måler både eksistens av smerte og smerteintensitet, kan ein argumentere for å bruke MOBID-2 framfor Doloplus-2. Kartleggingsverktøyet PAINAD vart brukt i ein enkeltstudie med 233 pasientar i Italia (Malara et al., 2016), så i lys av problemstillinga vår veg ikkje bruk av PAINAD tyngst. Derimot er det eit klart fellestrekk i alle kartleggingsverktøya at kartlegging av smerter hos EPDS, skjer gjennom observasjon av åtferd.

MOBID-2 smerteskala er såleis eit godt alternativ for å kartleggje smerter hos pasientar som ikkje har moglegheit til å sjølvrapportere eigne kjensler og behov (B. S. Husebø et al., 2014). Kartleggingsverktøyet bidreg til etisk forsvarleg sjukepleie, i lys av at «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Det er eit behov for smertekartlegging hos EPDS, og bruk av MOBID-2 ivaretek sjukepleiaren sin lindrande funksjon (Kristoffersen et al., 2016a, s. 18).

Eit kartleggingsverktøy kan verke tidsstelande, og Burns og McIlpatrick (2015) skildrar at tidspress er ein barriere for sjukepleiarane. Dette er også noko vi har opplevd i vår arbeidsdag som sjukepleiestudentar. Eksempelvis ved bruk av MOBID-2 føregår kartlegginga under morgonstell, der ein kanskje i utgangspunktet føler eit tidspress. Då kan det verke vanskeleg å gjennomføre ei systematisert kartlegging i tillegg. Agitert åtferd kan oppstå hos smertepåverka EPDS, noko Malara et al. (2016) og Husebø et al. (2014) viser gjennom skår på verktøyet CMAI. Det i seg sjølv kan skape vanskar i ein kartleggingssituasjon, då både tolmodet, samarbeidet og aksepten for fysisk kontakt mellom sjukepleiar og pasient vert

utfordra. Eit optimalt kartleggingsverktøy bør altså vere effektivt i forhold til tid, og vere mogleg å ta i bruk i dei naturlege situasjonane sjukepleiar har med pasienten.

#### 4.1.4 Fokus på opplæring og kompetanseheving

*Norsk sykepleierforbund* (u.å.) slår fast, at «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis». Det tyder at sjukepleiarar bør arbeide kunnskapsbasert i kartlegginga av smertepåverka EPDS. Sjukepleiaren må forstå korleis eit kartleggingsverktøy er til fordel for pasienten, og kva konsekvensar det kan gi dersom ein vel å ikkje bruke verktøyet som eit hjelpemiddel. Eigne erfaringar har vist at vanleg pleie hos smertepåverka EPDS til ei viss grad kan gi indikasjonar på at noko avviker frå habituell tilstand. Dette vert ofte kun synsing, og ein vil kome med slutningar som at «ein ventar og ser», utan at ein set i verk kartlegging for å stadfeste eventuell smerte og vidare smertelindre. Konsekvensen av ikkje å få sett observasjonane i system, er at pasienten må leve med smertene lenger.

Pringle et al. (2021) hevdar at dagens opplæring i bruk av slike verktøy er ufullstendig, noko som skapar mangel på tryggleik rundt smertekartlegging blant sjukepleiarane.

Kompetanseheving og betre opplæring rundt denne pasientgruppa er naudsynt. Burns og McIlfratrick (2015) er einig i dette, og viser at det er ei utfordring at feil smertekartleggingsverktøy vert brukt til feil pasient. Dersom dette er tilfelle kan alternativet om eit standardisert kartleggingsverktøy, som Rostad et al. (2018) foreslår i si forskning, bidra til ei løysing på utfordringa.

På den andre sida vil det ikkje ha noko føre seg å bruke eit kartleggingsverktøy dersom det er mangel på kompetanse hos sjukepleiarane og retningslinjer om bruken av verktøya. Eit døme som illustrerer problemet er smertevurdering knytt til utlevering av behovsmedisin. Sei at to sjukepleiarar skal samarbeide om dobbeltkontroll. Kun sjukepleiar som ber om dobbeltkontrollen, har erfaring med smertekartleggingsverktøy. Indikasjonen for utlevering av behovsmedisin er at pasienten skårar 7 på MOBID-2 smerteskala. Ved manglande kompetanse og retningslinjer, kan det bli utfordrande å utføre forsvarleg dobbeltkontroll, sidan det kan tenkjast at den andre sjukepleiaren ikkje forstår betydninga av ein skår på 7.

Det vil bli vanskeleg å vurdere omfanget av smertene, samt samanlikne vurderingane ulike sjukepleiarar gjer seg. Dermed er det grunn til å hevde at faste retningslinjer og lik opplæring, gjerne på nasjonalt nivå, er føremålstenleg for å kartleggje smerter hos EPDS.

## 4.2 Metodediskusjon

Prosjektrapporten må vurderast i forhold til validitet, som har med innhaldet sin gyldigheit å gjere (Christoffersen et al., 2015, s. 24). Det er nytta samskrivingsdokument med bakgrunn i at det er to forfattarar av oppgåva. Slik har begge alltid vore orientert rundt kvarandre sitt arbeid. Vi har prioritert å ha kontinuerleg kommunikasjon med føremål om å oppnå ryddig struktur og samanheng i oppgåva.

Eit moment som kan styrke validiteten i oppgåva, er at vi har søkt i fleire databasar, for å få dekt store delar av forskinga. Ved val av databasar og utføring av systematiske søk, nytta vi oss av fleire hjelpemiddel: bistand frå biblioteket til PICO, godt samarbeid med rettleiar for bacheloroppgåva, modulane i Canvas i emnet BSS9 og Thidemann si *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2019). Vi nytta oss av tilrådingane med bakgrunn i at systematiske søk er ein relativt ukjend arena for oss, og for at vi ikkje skulle velje dei databasane med enklast framgangsmåte, nytta vi oss av tilrådingane. CINAHL vart anbefalt fordi databasen inneheld mykje kvalitativ forskning som kan fremje sjukepleieperspektivet vi var ute etter. Det er trass alt sjukepleiaren som representerer EPDS sine behov. Inkluderte artiklar i oppgåva er kvantitative, noko som kan reise spørsmål om det burde blitt inkludert meir kvalitativ forskning for å betre innsikta i sjukepleieperspektivet, jamfør problemstillinga. Likevel synest vi at vi har fått dekt store delar av temaet fordi vi har inkludert systematiske oversikter som inneheld kvalitativ forskning.

Vurderingar i førekant av arbeidet rundt referanseprogram burde vore betre. Til å byrje med nytta vi EndNote, men fann etter kvart ut at det ikkje kunne samkøyrast med Google Docs. Deretter såg vi oss nøydde til å lære eit nytt referanseprogram, Zotero. Dette stal tid og ressursar og skuldast dårleg forarbeid.

Det har i oppgåva blitt nytta definisjonar frå WHO og IASP på engelsk språk, samt enkelte formuleringar frå artiklar som «behavioral and psychological symptoms». Demens og smerte er aktuelle tema på verdsbasis, og det var difor ynskjeleg med internasjonale, validerte kjelder. Bruk av originale definisjonar sikrar at riktig innhald vert gitt att.

## 5.0 Konklusjon med perspektivering

Føremålet med oppgåva er å svare på problemstillinga: *Korleis kan sjukepleiar, i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori, kartleggje smerter hos eldre sjukeheimspasientar med demens og avgrensa evne til sjølvrapport?*

Det er kjend at vi går ei eldrebølgje i møte. Risikoen for utvikling av demens aukar med alderen, og forskning viser at pasientar med demens opplever meir smerter enn kognitivt friske. Dette sett i samanheng, framhevar eit auka behov for smertekartlegging hos denne pasientgruppa. Vidare stiller det krav til sjukepleiaren som skal oppfylle sin lindrande funksjon.

Det finst fleire validerte verktøy for å kartleggje smerter hos EPDS, deriblant MOBID-2 smerteskala. Kartleggingsverktøy skal hjelpe sjukepleiar med å setje kliniske observasjonar i system, for å planleggje vidare intervensjonar. Dersom ein skal lukkast med å implementere kartleggingsverktøya til klinisk praksis, er det ein føresetnad at dei er tidssparande og enkle i bruk. Det kan tenkjast at klare retningslinjer om bruk av kartleggingsverktøy, kan vere føremålstenleg i sjukepleiaren sitt arbeid med å kartleggje smerter hos eldre pasientar med demens i sjukeheim.

Kari Martinsen sin omsorgsteori viser viktigheita i å skape ein god relasjon til pasienten. I møte med pasientar med demens, kan denne relasjonen bli ein gyllen inngangsport for sjukepleiaren. God kjennskap om sjukdomsbilete gir føresetnadar for å skilje smerteåtferd frå habituell demensåtferd. Yrkeserfaring og kompetanseheving er andre faktorar som påverkar sjukepleiaren si evne til å avdekkje smertesymptom. Dersom sjukepleiar nyttar seg av desse samla ferdigheitene som utgjer «det kliniske blikket», gjerne i kombinasjon med eit



kartleggingsverktøy, vil ein kunne tolke at «Eldre kvinne i ordlaus smerte» på side 1 (Pedrazzini, u.å.) nettopp er i smerte, heller enn tilsynelatande motlaus.

## Referansar

- Aldring og helse. (u.å.-a). *Aktivitetstilbud for yngre personer med demens*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Henta 5. mai 2022 frå <https://www.aldringoghelse.no/demens/a-leve-med-demens/aktivitetstilbud-for-yngre-personer-med-demens/>
- Aldring og helse. (u.å.-b). *Alzheimers sykdom*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Henta 17. februar 2022 frå <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/alzheimers-sykdom/>
- Aldring og helse. (u.å.-c). *Behandling og oppfølging*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Henta 14. mai 2022 frå <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/>
- Aldring og helse. (u.å.-d). *Fakta om demens*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Henta 4. mai 2022 frå <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
- American Geriatrics Society. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6). [https://www.geriatrics-albi.com/AGS\\_2002\\_pain.pdf](https://www.geriatrics-albi.com/AGS_2002_pain.pdf)
- Aspsæther, E., Lien, V. B. & Molnes, S. I. (2019). Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere. *Sykepleien*, Artikkelen e-76029. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76029>
- Bjørø, K. & Herr, K. (2008). Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(2), 237–262. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.12.001>
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Burns, M. & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: Literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400–407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Chang, S. O., Oh, Y., Park, E. Y., Kim, G. M. & Kil, S. Y. (2011). Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model. *Pain Management Nursing*, 12(2), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.05.007>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.
- Cimas, M., Ayala, A., Sanz, B., Agulló-Tomás, M. S., Escobar, A. & Forjaz, M. J. (2018). Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *European Journal of Pain*, 22(2), 333–345. <https://doi.org/10.1002/ejp.1123>
- COSMIN. (u.å.). *COSMIN - Improving the selection of outcome measurement instruments*. COSMIN. Henta 4. mai 2022 frå <https://www.cosmin.nl/>
- Dansk Lægemiddel Information & Felleskatalogen. (2022, 12. januar). *Smerter— Felleskatalogen*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). (2019). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge* (Demensplan 2020).

- [https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4\\_2020\\_web.pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf)
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2012). *6.1 Definisjon av utredning—Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948).  
[https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside/\\_attachment/195812?\\_ts=14e44627cad](https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside/_attachment/195812?_ts=14e44627cad).
- Helsedirektoratet. (2018, 1. januar). *§ 1-3 Definisjoner*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsedirektoratet. (2022, 27. april). *Om demens*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Herr, K., Coyne, P. J., Ely, E., Gélinas, C. & Manworren, R. C. B. (2019). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Clinical Practice Recommendations in Support of the ASPMN 2019 Position Statement. *Pain Management Nursing*, 20(5), 404–417.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.005>
- Husebø, B. S., Achterberg, W. & Flo, E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer’s Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*, 30(6), 481–497. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0342-7>
- Husebø, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. & Aarland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: Cluster randomised clinical trial. *BMJ*, 343(jul15 1), d4065–d4065.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Husebø, B. S., Ostelo, R. & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 18(10), 1419–1430. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>
- Husebø, Bettina S. (u.å.). *MOBID-2 smerteskala*. Aldring og helse.  
[https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID\\_2.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID_2.pdf)
- Husebø, Bettina S., Samdal, R. & Erdal, A. (2020). Vurdering og behandling av smerter hos sykehjempasienter med og uten demens. I Bettina S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen* (1. utg., s. 241–252). Fagbokforlaget.
- IASP. (2021). *Terminology | International Association for the Study of Pain*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016a). *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016b). *Grunnleggende sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgrò, G., Spadea, F. & Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly

- with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217–1225. <https://doi.org/10.3233/JAD-150808>
- Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays. I *Norbok*. TANO. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007091800013](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007091800013)
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, S. O. & Handal, M. (2018, 16. april). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 19. januar 2022 frå <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2015). Kan smerte defineres? *Sykepleien Forskning*, (2), 180–183. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54463>
- Pedrazzini, C. (u.å.). *Pain* [Fotografi]. Britannica ImageQuest. [https://quest.eb.com/search/pain-geriatric/1/132\\_1260193/Pain/more](https://quest.eb.com/search/pain-geriatric/1/132_1260193/Pain/more)
- Pringle, J., Mellado, A. S. A. V., Haraldsdottir, E., Kelly, F. & Hockley, J. (2021). Pain assessment and management in care homes: Understanding the context through a scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02333-4>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 225–237). Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og helsebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 29–38). Gyldendal Akademisk.
- Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Småstuen, M. C., Puts, M. & Halvorsrud, L. (2018). The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.017>
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sirsch, E., Lukas, A., Drebenstedt, C., Gnass, I., Laekeman, M., Kopke, K. & Fischer, T. (2020). Pain Assessment for Older Persons in Nursing Home Care: An Evidence-Based Practice Guideline. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(2), 149–163. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.002>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 416–441). Gyldendal Akademisk.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2014, 3. juni). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K, Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*, 23(1), 8–16. <https://doi.org/10.1177/0269216308098800>
- Torvik, Karin & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 397–415). Gyldendal Akademisk.
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ...

- Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- World Health Organization. (2021a, 2. september). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization. (2021b, 4. oktober). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

## Vedlegg 1: PICO-skjema

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar, i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori, kartleggje smerter hos eldre sjukeheimspasientar med demens og avgrensa evne til sjølvrapport?

**Din problemformulering:** Kva verktøy kan kartleggje smerter hos pasientar med demens, som ikkje kan uttrykkje dei sjølv? **Type spørsmål:** Effekt

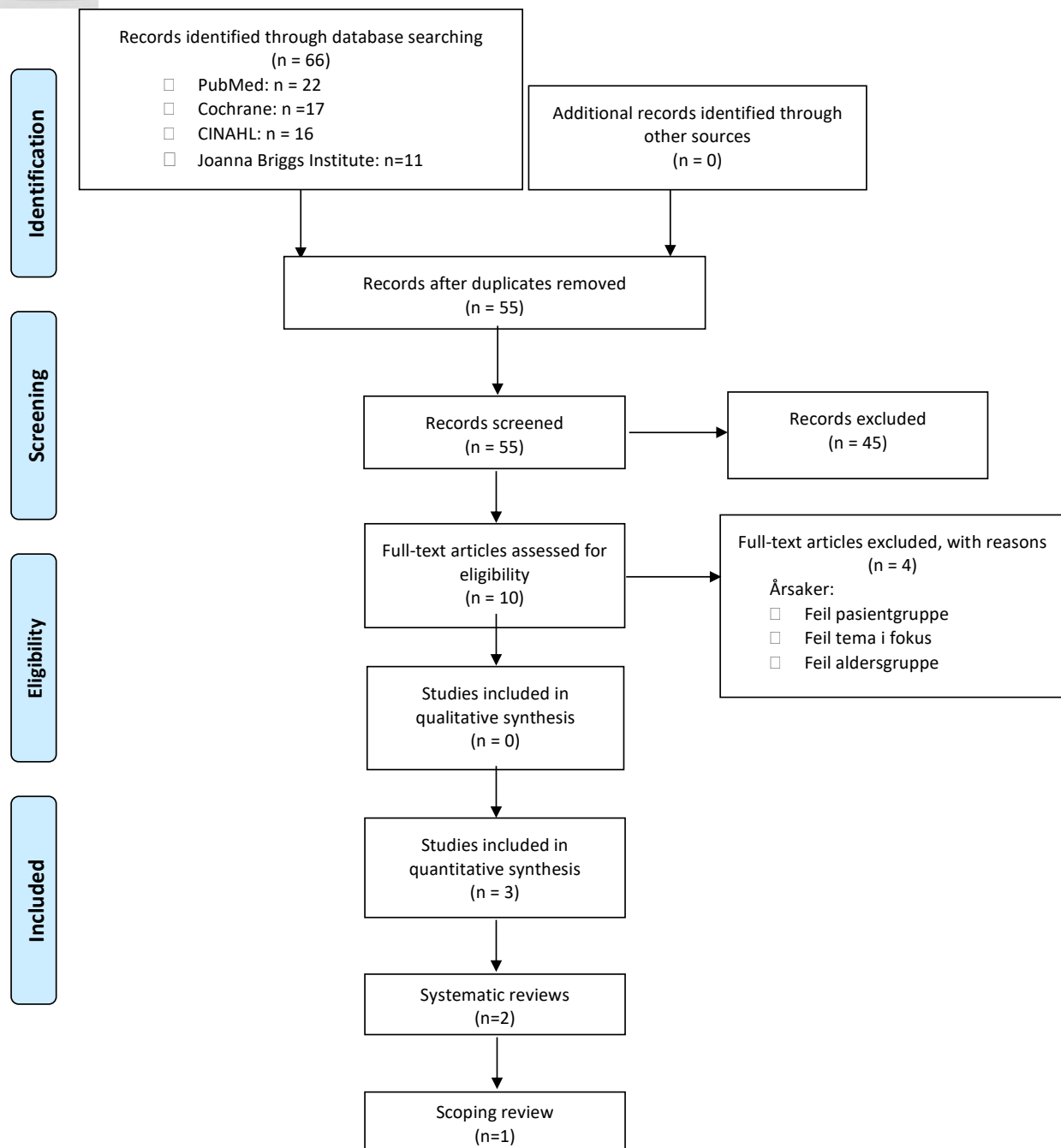
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
<b>Norsk formulering hentet fra din problemstilling</b>	Eldre pasientar med demens i sjukeheim	Smertekartlegging	Identifisert smerte
<b>CINAHL</b>	(MH "dementia" "frontotemporal dementia" "dementia vascular" "dementia senile" "dementia patient") "dementia" AND "nursing home"	AND "pain assessment tool" OR "pain scale" OR "pain tool"	
<b>PubMed</b>	«dementia» OR «alzheimer*» AND "nursing home*"	AND «pain assessment tool*» OR «pain measurement» OR «pain screening"	
<b>Cochrane Library</b>	(MH «dementia») AND «dementia» OR "alzheimer disease" AND "nursing home*"	AND "pain measurement" OR "pain screening "	
<b>Joanna Briggs Institute</b>	«dementia» AND «nursing home»	AND «pain assessment»	

MH = Medical Heading

## Vedlegg 2: Prisma Flow-skjema



### PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)

## Vedlegg 3: Samle- og styrkeskjema

kunnskapssenteret

### Fagprosedyrer

Samleskjema for artiklar

Metode						Resultat		
Artikkel nr.	Årstal	Studiedesign	Utv/val/storleik	Intervensjon	Kommentarar	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
<b>Artikkel 1:</b>  Burns & McIlfatrick  <i>Palliative care in dementia: literature review of nurse's knowledge and attitudes towards pain assessment</i>	2015	Systematisk oversikt (SR)	Søk i kjende databasar: CINHAHL, MEDLINE, PsychINFO, Wiley, Pubmed, ProQuest, OVID.  128 treff, men avslutningsvis 11 inkluderte artiklar, derav dei fleste kvalitative. Utvalet i studiane varierte frå sju til 244 autoriserte sjukepleiarar.		Artikkelen oppfyller ikkje alle inklusjons- og eksklusjonskriteria. Vi vel likevel å inkludere den. Sjå pkt. 2.4 for kritisk vurdering av artiklar.	Fem område vart undersøkt: 1) Utfordringar knytt til å identifisere smerter hos pasientar med demens 2) Mangel ved smertekartleggingsverktøy 3) Tidsavgrensingar og arbeidsmengd 4) Mangel på samarbeid og kommunikasjon mellom personalet 5) Opplæring og kompetanse  Resultatet viser at desse fem faktorane spelar ei viktig rolle for sjukepleiarane sine føresetnader for smertekartlegging hos pasientar i sjukeheim.	Sjukepleiarane har ei viktig rolle for å oppnå god handtering av smerte gjennom kartleggingsverktøy, åtferdsmessige observasjonar og val av analgetika. Ei stor utfordring er at uttrykk for smerter hos pasientar med demens, er individuelt og komplekst. Opplæring, stabilitet og standardiserte tilnærmingar til smertekartlegging er nøkkelen for å lukkast hos denne pasientgruppa.	Oversiktsartikkelen peiker på fleire sentrale poeng. Døme er at sjukepleiarar ikkje kan stole på standardiserte skjema fordi kvar demenssjukdom er individuell, og faktorar som åtferd må takast i betraktning. Artikkelen legg også fram korleis tidspress og arbeidsmengd vert ein barriere for god smertehandtering. Sjukepleiarane si oppleving er høgt vektlagt, noko som er svært relevant for å kunne skape endring og drive kunnskapsbasert praksis.
<b>Artikkel 2:</b>  Husebø et al.  <i>Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review</i>	2016	Systematisk oversikt (SR)	Søk i kjende databasar: MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL og Cochrane Libraries. 3138 treff som til slutt blei spissa ned til 12 artiklar brukt i studien.			Tre problemstillingar vart tekne for seg, derav to var av relevans: 1) Kva er best eigna verktøy for å kartlegge smerte? 2) Kva utfallsmål har blitt brukt for å identifisere smerte, smerteåtferd og/eller effekten av behandlinga?	Smarter hos pasientar med demens er ei kompleks utfordring. Validerte verktøy for å kartlegge smerter er tilgjengelege, men ikkje klinisk implementert. Offentlege retningslinjer om temaet manglar.	Det er utarbeidd metodar for å legge til rette for god smertebehandling hos pasientar med demens, nettopp ved å vektlegge kartlegginga. Kunnskapsgrunnlaget ligg der, men det må forskast vidare på, samt implementerast i klinisk samanheng for å oppnå eit betre utfall.
<b>Artikkel 3:</b>  Husebo et al.  <i>The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia</i>	2014	Randomisert kontrollert studie (Kynge-RCT)	352 pasientar med moderat eller alvorleg demens frå 18 norske sjukeheimar.	Smerte blei kartlagt ved hjelp av MOBID-2 der helsepersonell observerte åtferd som kan vere indikasjon på smerte. Standardiserte rørsler gjennom morgonstell og over tid blei observert.	Kontrollgruppe fekk pleie som normalt.	MOBID-2 avdekkjer endring i smerteintensitet. Pasientar som får trinnsvis og systematisk smertebehandling var betre smertedekka enn kontrollgruppa.  Det er samanheng mellom endring i smerteskår på MOBID-2-skalaen og kartleggingsverktøyet CMAI for agitasjon.	MOBID-2 smerteskala registrerer nedgang i smerteintensitet etter smertebehandling over tid.	MOBID-2 smerteskala er eit kartleggingsverktøy som sjukepleiarar kan nytte for å kartlegge smerter, som grunnlag for å gi tilpassa smertelindring.
<b>Artikkel 4:</b>  Malara et al.  <i>Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia</i>	2015	Prospektive observational and descriptive study	233 pasientar frå 10 langtidsinstitusjonar (sjukeheim) i Italia.	Sjølvrapportering av smerte (NRS) blei nytta av dei utan/med lett kognitiv svekking. PAINAD er eit observasjonsverktøy av åtferd brukt på pasientar med moderat eller alvorleg demens. Også CSDD for kartlegging av depresjon, CMAI og NPI for åtferdsmessige problem.		Pasientane som nytta NRS, hadde låg pålitelegheit eller ingen smerte. Datamaterialet viser at signifikant samanheng mellom diagnostisert smerte og depressive symptom, angstsymptom, irritasjon og aggresjon.	Sjølvrapportering aleine er ikkje nok til å kartlegge smerter hos pasientar med demens. Observasjonsverktøy er naudsynt og ein passende metode for å kartlegge smerter. Kroniske smerter som ikkje er behandla tilfredsstillande kan gi depresjon, agitasjon og aggresjon.	Åtferd kan gi indikasjon på om ein pasient har smerter. Difor smertekartleggingsverktøy av relevans, men også kartleggingsverktøy som tek føre seg humør, depresjon og andre åtferdsmessige symptom.



<b>Artikkel 5:</b> Pringle et al. <i>Pain assessment and management in care homes: understanding the context through a scoping review</i>	2021	Scoping review	Søk i kjende databasar: MEDLINE, CINAHL, ASSIA, PsychINFO, EMBASE, Cochrane Library, Google Scholar. 109 studiar frå 17 land møtte inklusjonskriteria. Også 16 lokale avdelingsleiarar på pleieheimar vart kontakta for å få innsikt i deira perspektiv.			Tre tema vart undersøkt: personalfaktorar og haldningar, smertekartlegging og intervensjonar. Hovudessensen i funna indikerer for lite kunnskap blant personalet i samband med kartlegging av smerte og behandling, særleg hos pasientar med demens.	Vidare arbeid og detaljerte retningslinjer for helsepersonell, må utarbeidast for å tilpasse kartlegging av smerte hos eldre, spesielt pasientar med demens.	Oversiktsartikkelen syner behovet for retningslinjer som hjelper helsepersonellet med korleis ein skal handtere kartlegging og behandling av smerter i langtidsinstitusjonar, spesielt hos pasientar med demens.
<b>Artikkel 6:</b> Rostad et al. <i>The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: a cluster randomised controlled trial</i>	2018	Randomisert kontrollert studie (Kynge-RCT)	112 pasientar > 65 år med diagnostisert demens frå 16 sjukeheimar frå fire ulike fylke.	Intervensjonsgruppa fekk smertekartlegging ved hjelp av verktøyet Dolopius-2 to gonger i veka i ein 12-vekersperiode.	Kontrollgruppe fekk pleie som normalt.	Til trass for regelmessig smertekartlegging, fann ein ingen nedgang i smerteskår eller endring i smertebehandlinga.	Ein kan framleis ikkje konkludere med at regelmessig smertekartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy ikkje er klinisk relevant.	Dolopius-2 er eit kartleggingsverktøy for pasientar med demens i sjukeheim, med nedsett evne til å kunne sjølvrapportere smerte. Vidare forskning er naudsynt for å finne ut når det skal brukast, til kven og korleis.

## Styrkeskjema

Artikkel	Styrker	Svakheter
1 Burns & McIlfratrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- Publisert i International Journal of Palliative Nursing</li> <li>- Resultatet i SR-studien har konsensus med tidlegare litteratur. Høg reliabilitet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvalet er ikkje kun frå sjukeheimar, men også andre verksemder som utøver helsehjelp.</li> <li>- Geografisk sett er det studiar frå både Canada, USA, Australia og Sør-Korea. Vi må ta atterhald om kulturelle skilnadar.</li> </ul>
2 Husebø et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- CrossMark Journal</li> <li>- To uavhengige personar samla relevante studiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stort sprang i studiedesign og intervensjonar i dei ulike studiane.</li> <li>- Studien har inkludert få studiar med RCT-design, samt artiklar som i liten grad har skildra årsak til fråfall i forskinga.</li> </ul>
3 Husebø et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- Publisert i European Journal of Pain (EJP)</li> <li>- Studien fylgjer COSMIN-anbefalingar</li> <li>- Utvalet er nordmenn, dermed kulturelt og geografisk meir representativt for pasientgruppa vi ynskjer å undersøkje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkeltstudie med avgrensa tal pasientar som deltok samanlikna med det reelle omfanget, og resultatet kan ikkje nødvendigvis generaliserast.</li> </ul>
4 Malara et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- Publisert i Journal of Alzheimer's Disease</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkeltstudie med avgrensa tal pasientar som deltok samanlikna med det reelle omfanget, og resultatet kan ikkje nødvendigvis generaliserast.</li> </ul>
5 Pringle et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- Publisert i BMC Geriatrics</li> <li>- Strenge krav til metode; blindtesting, kryssjekking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stor scoping review med mykje evidensbasert informasjon. Ein kan ikkje utelukke at andre ville vektlagt andre område i studien.</li> </ul>
6 Rostad et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert</li> <li>- Publisert i International Journal of Nursing Studies</li> <li>- Strenge krav til metode; blinda og tilfeldig gruppetildeling</li> <li>- Utvalet er nordmenn, dermed kulturelt og geografisk meir representativt for pasientgruppa vi ynskjer å undersøkje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er ikkje undersøkt om individuelle tolkingar kan ha førekomme basert på ulikt kunnskapsnivå, kultur, alder osv. kan ha påverka resultatet i studien. Helsepersonell har kartlagt pasientar for smerte gjennom observasjonar.</li> <li>- Forhold knytt til pasientar som nekta å delta er ikkje teke omsyn til med tanke på eventuelle bias.</li> <li>- Det er ikkje definert kva som inneber i pleie som normalt for kontrollgruppa («usual care»).</li> <li>- Enkeltstudie med avgrensa tal pasientar som deltok samanlikna med det reelle omfanget, og resultatet kan ikkje nødvendigvis generaliserast.</li> </ul>

# Vedlegg 4: MOBID-2 smerteskala

Skala for smertevurdering av personer med demens

APPENDIKS

## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

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

### Smerteatferd

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



**Smertelyd**  
«Au!»  
Stønner  
Ynker seg  
Gisper  
Skriker



**Ansiktsuttrykk**  
Grimaserer  
Ryner pannen  
Strammer munnen  
Lukker øynene



**Avvergereaksjon**  
Stivner  
Beskytter seg  
Skyver fra seg  
Endringer i pusten  
Krymper seg

### Smerteintensitet

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

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

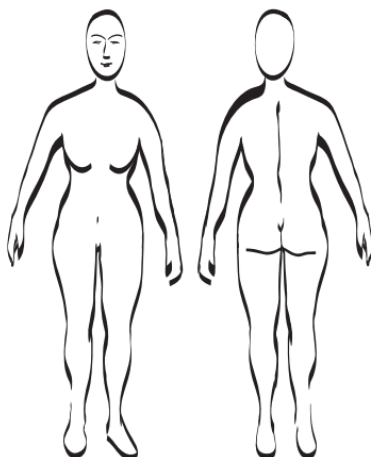
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

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

### Smerteatferd

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



### Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MOBID-2 smerteskala, [Skala for smertevurdering av personer med demens], av Husebø, B. S., u.å., Aldring og helse ([https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID\\_2.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID_2.pdf)).

# Vedlegg 5: Doloplus-2

## Smerteskala for personer med kognitiv svikt

DOLOPLUS - 2		Dato			
Navn .....	Fødselsnr. ....				
<b>Smerteskala for personer med kognitiv svikt</b>					
<b>SOMATISKE REAKSJONER</b>					
Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0	0	0	0
Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskjift (finner ikke ro)	1	1	1	1
Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	1	1	1	1
Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykkløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	1	1	1	1
Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (uvollig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	1	1	1	1
<b>PSYKOMOTORISKE REAKSJONER</b>					
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
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	1	1	1	1
<b>PSYKOSOSIALE REAKSJONER</b>					
Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvising av all kommunikasjon	0	0	0	0
Sosial aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.) - deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse - nekter av og til å delta i aktiviteter - avstår fra all sosial aktivitet	1	1	1	1
Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	1	1	1	1
TOTALT					

Skjemaet er basert på «Observasjonsbasert smerteskala for eldre, Doloplus - 2 Norge» og tilpasset bruk i Fosen-kommunen.

DOLOPLUS-2 [Smerteskala for personer med kognitiv svikt], DOLOPLUS-2, u.å., Helsekompetanse ([https://min.helsekompetanse.no/pluginfile.php/29042/mod\\_book/chapter/2548/Doloplus%20-%20202%5B1%5D.pdf](https://min.helsekompetanse.no/pluginfile.php/29042/mod_book/chapter/2548/Doloplus%20-%20202%5B1%5D.pdf)).

## DOLOPLUS - 2

### Nøkkelord

#### Klager

Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppsspråk (tegn/mimikk), utrop, gråt, stønning og/eller jamring.

#### Smertelindrende stillinger

Uvanlig kroppstilling for å unngå eller lindre smerte.

#### Beskyttelse av smertefulle områder

Pasienten beskytter én eller flere deler av kroppen ved å innta en forsvarsposisjon og/eller ved beskyttende/avvergende bevegelser. Ikke skår hvis du mistenker at det er angst som utløser atferden. Mange demente vil beskytte seg når de ikke forstår hva som skal skje, dette må det tas hensyn til ved evalueringen.

#### Ansiktsuttrykk

Ansiktet uttrykker smerte ved grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykkløst) og ved blikk (stirrende, fraværende, tårefyllt, bedende, sint, desperat, engstelig eller fortvilet). Noen demente har vedvarende uttrykkløst ansikt som en konsekvens av sin demens, se derfor etter forandringer i forhold til det normale for pasienten.

#### Forespørsel/kontakt/undersøkelse

Alle former for konfrontasjoner, undersøkelse, tilnærming (innblanding), henvendelser, omtanke, behandling og stell.

#### Stell/påkledning

Vurdering av smerte under stell (eventuelt toalettbesøk) og/eller påkledning alene eller ved hjelp.

#### Bevegelser

Vurdering av smerte ved bevegelser; endring av stilling/posisjon, forflytning, gange; alene eller ved hjelp.

#### Kommunikasjon

Verbal eller nonverbal. Se etter forandringer fra pasientens normale kommunikasjonsmønstre.

#### Sosial aktivitet

Måltider, tilstelninger, aktiviteter, terapeutisk behandling og besøk.

#### Atferdsproblemer

Aggressivitet, uro (rastløshet), forvirring, likegyldighet, regresjon, spørsmål om aktiv dødshjelp osv. Se spesielt etter forandringer i normale atferdsmønstre som kan skyldes smerte.

### Brukerveiledning

#### Bruk forutsetter opplæring

Som ved et hvilket som helst nytt instrument, er det klokt å prøve det ut før man setter i gang. Noteringstiden reduseres ved erfaring (maks. noen få minutter). Hvis det er mulig, er det lurt å øve seg på pasienter som allerede er henvist til et behandlingsopplegg.

#### Registrering i tverrfaglige grupper

Registrering fra flere pleiere (lege, sykepleier, hjelpepleier) er å foretrekke, uansett behandlingssted (offentlig, privat, hjemme). I hjemmet kan familien og andre pårørende delta. Skalaen integreres i pleiejournalen.

#### Ikke kryss av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet

Det er ikke nødvendig å finne svar på alle deler av skalaen, særlig ikke overfor en ukjent pasient hvor man ikke kjenner alle data (spesielt på det psykososiale plan). Ved for eksempel koma, registreres bare legemlige fakta.

#### Rutiner

Re-evalueringen bør finne sted to ganger daglig inntil lindring av smertene; videre registrering er avhengig av den enkeltes situasjon. I forkant av behandling er det viktig å ha resultatene fra DOLOPLUS i pleiejournalen (på lik linje med temperatur og blodtrykk) dermed kan man kartlegge plagene og igangsette egnet behandling.

#### Ikke sammenlign resultatene til ulike pasienter

Smerte er subjektivt. Sammenlikning av poengsum pasienter imellom har derfor ingen hensikt. Kun pasientens individuelle utvikling er av interesse.

#### Ved tvil; ikke nøl med å sette i gang en test-

#### behandling med smertestillende tiltak

Resultat lik eller over 5 av 30, antyder smerte. I tillegg med nærliggende poengsummer, bør man ta tvilen komme pasienten til gode. (Hvis situasjonen forandres ved smertestillende tiltak, vil smerte være påvist.)

#### Skalaen avdekker smerte; ikke depresjon, u selv-

#### stendighet eller kognitiv funksjon

Det finnes passende måleinstrumenter for alle symptomer, men det er viktig å forstå at man her prøver å fange opp atferdsforandringer knyttet til eventuell smerte; punkt 6 og 7 evaluerer bare smerte, ikke grad av selvstendighet.

#### Ikke bruk DOLOPLUS 2-skalaen i alle tilfeller

Hvis pasienten er kommunikativ og samarbeidsvillig, er det naturlig å bruke instrumenter for selvrapportering. Dersom smerte er innlysende, er det viktigere å lindre enn å evaluere. Likevel, hvis det er noen som helst tvil, er det bedre med en DOLOPLUS-evaluering enn en undervurdering av pasientens smertetilstand.