



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

**Emnenamn:** Emne 5

**Emnekode:** *SYKSB/SYKHB 3001 -  
Bacheloroppgåve*

**Eksamensform:** Heimeeksamen

**Leveringsfrist:** 17. 02. 2011

**Kandidatnr.:** 15

**Ord:** 9296

## **Samandrag**

I dag lev det om lag 66 000 pasientar med demens i Noreg. Rundt 75 % av bebruarane på norske sjukeheimar har ei eller anna form for demens, og svært mange av desse pasientane har smerter. Likevel er ikkje sjukepleiarar og helsepersonell gode nok til og kartleggje og behandle desse smertene. Føremålet med denne oppgåva er ved hjelp av teori og forskning, å undersøke kva som er viktig i samspelet med smertepåverka sjukeheimspasientar med demens.

Sjukepleiaren har ei nøkkelrolle i denne samanhengen, og funna i litteraturen framhevar bruk av kartleggingsverktøy, sjølvrapportering, observasjon av åtferd, samarbeid med pårørande og kompetanseutvikling blant personalet som viktig i samspelet med denne pasientgruppa.

## **Abstract**

Today there live about 66 000 patients with dementia in Norway. About 75% of residents of Norwegian nursing homes have dementia, and many of these patients experience pain. Still, nurses and other health care givers, are not good at identify and treat these patients. The purpose of this thesis is to examine what is important in the interaction with pain affecting nursing home patients with dementia, by using theory and research.

The nurse has a key role in this context, and findings in the literature emphasizes the use of assessment tools, self-reporting, observation of behavior, cooperation with relatives and increasing the competence among the staff, as important in this interaction with these patients.

## Innholdsliste

<b>1.0 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og presisering .....	2
<b>2.0 Teoridel</b> .....	<b>3</b>
2.1 Demens.....	3
2.1.1 Å vera pårørande til personar med demens .....	3
2.2 Smerter.....	4
2.2.1 Smerter og konsekvensar av smerter hos demente .....	5
2.3 Sjukepleiaren si rolle innanfor smertelindringa .....	6
2.4 Kartlegging av smerte .....	6
2.4.1 Sjølvrapporing .....	6
2.4.2 Kartleggingsverky.....	7
2.4.2.1 CNPI .....	8
2.4.3 Fysiologiske undersøkingar og ikkje-medikamentell behandling .....	8
2.5 Kompetanseutvikling.....	9
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Litteraturstudie .....	11
3.2 Søkeprosessen; søkeord, kombinasjonar og treff.....	11

3.3 Kjeldekritikk.....	12
3.4 Presentasjon av forskingslitteratur .....	13
3.5 Etske overveingar .....	19
<b>4.0 Diskusjon og drøfting av litteratur .....</b>	<b>20</b>
4.1 Blir demente sjukeheimspasientar dårleg smertelindra?.....	20
4.2 Kvar ligg problema, og kva kan gjerast? .....	20
4.2.2 Kartlegging av smerter .....	23
4.2.2.1 Kartlegging ved hjelp av sjølvrapportering .....	24
4.2.2.2 Kartleggjing ved hjelp av observasjon av åtferd og samarbeid med pårørande .....	25
4.2.2.3 Kartlegging ved hjelp av standardiserte verkty basert på åtferd .....	27
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>6.0 Referanseliste .....</b>	<b>I</b>
<b>Vedlegg 1: CNPI.....</b>	<b>VII</b>

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet eg har vald å utdjupe i denne oppgåva er demente pasientar med smerter. I fylgje Helse- og omsorgsdepartementet (2007) har i dag om lag 66 000 nordmenn demens, og dersom førekomsten held seg på dagens nivå, vil talet truleg nå 135 000 innan 2040. Demens er den vanlegaste årsaka til at eldre flyttar på sjukeheim (*Engedal, 2008*), noko som i fylgje Engedal (2005) har gitt ein førekomst av demens på norske sjukeheimar på over 75 %. Breuer, Libow, Manfredi og Meier (2003) framhevar at heile 45 til 84 % av sjukeheimspasientar opplever smerter. På bakgrunn av dette, er det grunnlag for å hevde at smerter hos sjukeheimspasientar er eit vanleg problem. Rustøen (2007) meiner imidlertid at helsepersonell ikkje er gode nok til å avdekkje smerter, og at pasienten sine smerteproblem i mange tilfelle blir undervurderte. Nettopp difor ynskjer eg å tileigne meg kunnskapar kring dette temaet.

Smerter blant demente er ikkje mykje fokusert på gjennom sjukepleiarutdanninga, og heller ikkje noko eg har lært mykje om i praksis. Eg har derimot gjort meg ein del tankar rundt temaet - som også er ein av hovudgrunnane til at eg i dag vel å skrive om dette. Min fyrste praksisperiode som sjukepleiarstudent, hadde eg på ein rein dementavdeling på sjukeheim. Eg har også møtt demente både før og etter dette. Erfaringar og observasjonar eg har gjort i møte med desse pasientane, har gitt meg ei kjensle av at det er relativt låg terskel for å dele ut beroligande medikament, særleg til urolege, demente pasientar. I staden for å kartleggje og vurdere kva som kan vere årsaka til at pasienten blir uroleg, aggressiv eller sint, kan det verke som om den lettaste utvegen blir vald. Mange gonger er det truleg naudsynt - men eg trur også at åtferda til dei demente i mange tilfelle blir mistolka. Karen Bjørø har utført ei studie ved to sjukehus i Oslo som seier nok om dette. Ho har registrert at eldre med kognitiv svikt og demens ofte får beroligande midlar, i staden for smertelindring. Dette kan vere eit uttrykk for at helsepersonell feiltolkar smerter hos dei gamle som ikkje er i stand til å uttrykkje seg verbalt (*Storvik, 2009*). Eg meiner difor at det er viktig for sjukepleiarar å tileigne seg kunnskapar på dette området, for på best mogeleg måte å kunne hjelpe dei demente pasientane til ein betre kvardag og til ei betre oppleving av den siste fasen av livet sitt.

## 1.2 Problemstilling

*"Kva kan bidra til betre smertelindring av sjukeheimspasientar med demens?"*

## 1.3 Avgrensing og presisering

Eg har vald å forhalde meg til demente pasientar i denne oppgåva. Dette synest eg det er viktig å presisere, fordi det i fylgje Engedal og Haugen (2009) er mange som brukar omgrepa *kognitiv svikt* og *demens* om kvarandre, trass i at det ikkje er eit uttrykk for det same. Berentsen (2008) framhevar at ved demens sviktar dei kognitive funksjonane, (evna til oppmerksomheit, til å utføre praktiske handlingar, språkevne og hukommelse osv.). Men ikkje alle som har kognitiv svikt, har demens.

Eg vel å ikkje gå innpå ein bestemt demenstype, men har i staden eit generelt fokus på demente pasientar. Eg ynskjer også å ha eit generelt fokus på smerter.

Eg nemner både smertebehandling og smertelindring i denne oppgåva, men vel å ikkje fokusere på sjølv behandlinga. Eg ynskjer i staden i hovudsak å belyse det som skjer i førekant og rundt ei eventuell medikamentell behandling.

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Demens

Engedal og Haugen (2009, s. 20) definerer demens som *„en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid“*.

Det finst fleire ulike former for demens, i tillegg til at det er mange faktorar som spelar inn på symptomatologien. Ulike sjukdommar med ulike skademønster i hjernen fører til demens, og menneske med ulike meistringsevner blir ramma (Engedal, 2008).

Sjukdommen skadar områda i hjernen som har med bearbeiding av informasjon og læring og gjere (Berentsen, 2008). Det vanlegaste sjukdomsteiknet er redusert hukommelsesfunksjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Utover dette kan sjukdommen kan også uttrykkje seg i form av svekka oppmerksomheit, orienteringsvanskar, handlingssvikt (Berentsen, 2008), depresjon, tilbaketrekning, personlegheitsendringar, endra døgnrytme, muskelstyringsproblem og inkontinens (Engedal, 2008).

Demens fører før eller seinare i forlaupet med seg åtferdsmessige og psykiske symptom som irritabilitet, aggressiv åtferd, rastlause og vandring. Fleire demenstypar gjev også språkvanskar. Det eine eller begge språksentra i venstre hjernehalvdel kan då vere skada, og evna til å tenkje logisk, vere analytisk, oppfatte språk og ha god talefunksjon vil vere berørt (Berentsen, 2008). Det finst ingen form for behandling av demens i dag. Den som ramma blir dårlegare og dårlegare, før han til slutt blir heilt avhengig av hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

#### 2.1.1 Å vera pårørande til personar med demens

Når ein person får diagnosen demens, berører ikkje dette berre pasienten sjølv, men også i stor grad familien hans (Smebye, 2008). Dersom ein reknar ut i frå at kvar person med demens har fire pårørande, kan over 250 000 personar også vere indirekte ramma av demenssjukdommane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Over halvparten av menneska med demens i Noreg bur i dag heime (Engedal og Haugen, 2009). I slike tilfelle er det ofte pasienten sine slektningar som trør til. Det å skulle ha omsorg for eit familiemedlem med demens, kan vere meiningsfylt og gjevande - men også svært krevjande, både fysisk og mentalt. Tunge løft, hjelp til personleg hygiene og handtering av utfordrande åtferd er berre nokre av dei belastningane pårørande kan oppleve heime. Det er det svært mange pårørande som ventar altfor lenge med å be om hjelp. Terskelen for å spørje om hjelp er svært høg, hevdar Elster og Hegerstrøm (1995) (sitert i Smebye, 2008, s. 249). Smebye (2008) skriv at det kan kjennast som eit nederlag å "sende" vedkommande på sjukeheim, fordi dei føler at dei ikkje lenger strekkjer til.

I fylgje Smebye (2008) er det eit ynskje at helsevesenet skal spele på lag med dei pårørande, og sjå på dei som samarbeidspartnarar. I ei studie av Gladstone og Wexler (2000) vart pårørande til demente, spurt om kva dei sette aller størst pris på ved personalet. Eit av hovudpunkta som vart framheva, var "at pårørande gis mulighet til å engasjere seg i felles problemløsning" (sitert i Smebye, 2008, s. 250). Samarbeid med pårørande kan vere med på å kvalitetssikre kartlegging og behandling av smerte. Spørsmål kring anamnese og vanleg åtferd ved smerter, og gjev svært viktig informasjon (Bjørø og Torvik, 2008).

## 2.2 Smerter

Travelbee (1999, s. 112) definerer smerte som "*.. en tilstand av fysisk eller psykisk mangel på velvære eller fysisk eller psykisk uro som spenner fra lett ubehag eller uklare plager til intens og ofte uutholdelig pine; den kan være generell eller lokal, og er en følge av fysisk eller psykisk skade ..*".

Smerte er eit symptom som førekjem hyppig hos gamle menneske. Det blir hevda at kvar tredje nordmann over 60 år har smerter (Bjørø & Torvik, 2008). Den høge førekomsten er knytt til auke av smerterelaterte helseproblem mot slutten av livet. Slitasjegikt, brot og kreft er døme på slike helseproblem (Elliott, m. fl. 2009). Kroppen blir i stor grad prega av aldriingsprosessen. Alle organ blir påverka av aldringa. Cellene blir mindre funksjonsdyktige, organa skrumpar, yteevna blir redusert, og klarar ikkje lenger å stå imot og overvinne belastningar på same måte som før (Engedal, 2008). Desse aldersendringane, gjer at gamle menneske særleg er sårbare for smerter. Smerter hos



gamle som ikkje blir oppdaga, eller som ikkje blir behandla, kan ha svært alvorlege helsemessige konsekvensar og medfører redusert livskvalitet (*Bjøro og Torvik, 2008*).

### 2.2.1 Smerter og konsekvensar av smerter hos demente

Det finst ikkje noko bevis som indikerer at personar med demens, opplever mindre smerter enn kognitivt intakte pasientar (*Bachino, Kumik og Snow, 2001*). Gamle menneske med kognitiv svikt og demens er imidlertid ei sårbar gruppe, som er utsett for mangelfull smertevurdering og behandling (*Bjøro & Torvik, 2008*).

Smertevurdering hos denne pasientgruppa er utfordrande. Etterkvart som sjukdommen utviklar seg, blir evna til språkleg kommunikasjon svekka. Dette kan føre til at dei ikkje lenger er i stand til å formidle plagene sine vidare til helsepersonell (*Bjøro & Torvik, 2008*). Dette gjev konsekvensar. For det fyrste kan underliggjande årsaka ikkje kan bli oppdaga, og forverre symptoma på demens (*Jocelyn og While, 2009*). Dette kan til dømes kan vise seg i form av irritabilitet, aggresjon, og å motsetje seg omsorg. Smerte kan også føre til inaktivitet, redusert mobilisering og sengeleiekomplikasjonar, og dessutan verke inn på gamle menneske sin kognitive og emosjonelle tilstand (*Bjøro & Torvik, 2008*). Ein vil i fylgje American Geriatrics Society (2002) i mange tilfelle kunne observere smerteåtferd hos demente pasientar (*sitert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 342*).

<b>Ansiktsuttrykk</b>	mørkt, trist, fryktsamt, grimasar, rynka panne, lukka augo, rask blunking
<b>Verbalisering/vokalisering</b>	sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, rop om hjelp, grove utrop
<b>Kroppsbevegingar</b>	rigid/anstrengt kroppsstilling, beskyttande, urolege, nervøse, gyngande, rytmiske, avgrensa, monotone bevegingar, endring i gange
<b>Endring i mellommenneskeleg Samspel</b>	aggressiv, motset seg omsorg, reduserte sosiale interaksjonar, sosialt uakseptabel, forstyrrande oppførsel, tilbakehalden, reservert
<b>Endring i aktivitetsmønster og rutinar</b>	matvegning, endringar i matlyst, lengre periodar med kvile, endra søvnmønster, plutsleg endring i vanlege rutinar, auka vandring
<b>Endring i mental status</b>	grinetokter, rennande tårer, auka forvirring, irritabilitet

## 2.3 Sjukepleiaren si rolle innanfor smertelindringa

Sjukepleiaren har ei svært sentral rolle i arbeidet med eldre menneske som har smerter (*Bjøro & Torvik, 2008*). Det er mange ulike faggrupper som behandlar ein pasient med smerter, difor er behandlinga ideelt sett fleirfagleg. Sjukepleiaren er likevel sjølv hjørnesteinen. Mykje av grunnen til dette er at sjukepleiaren tilbringer mykje tid saman med pasientane, og dette fører med seg ei god mogelegheit til å observere den enkelte (*Beebe & McCaffery, 2001*). Sjukepleiaren har også eit administrativt ansvar, som går på å vere bindeleddet mellom ulike faggrupper, slik at heilskapen i smertebehandlinga blir ivareteken (*Rustøen, 2007*). Deretter inneber rolla eit sjølvstendig ansvar, som går på å identifisere smertetilstanden til pasienten, iverksetje aktuell behandling ut frå observasjonane og deretter vurdere effekta av behandlinga (*Rustøen, 2007*). Ein har plikt til å vurdere den enkelte pasienten sine behov og iverksetje naudsynt sjukepleie basert på den best tilgjengelege kunnskapen (*Brodtkorb & Kirkevold, 2008*).

## 2.4 Kartlegging av smerte

I fylgje Proctor og Hirdes (2001) er ein av hovudgrunnane til dårleg smertelindring av demente pasientar, mangelfull kartlegging av smerter frå helsepersonellet si side (*sitert i Bjøro og Torvik, 2008, s. 185*). For at ein skal oppnå ei optimal og individuell smertebehandling, må ein gjere ei systematisk smertekartlegging (*Bjøro & Torvik, 2008*). Kartlegging er naudsynt for å undersøkje om pasienten har smerter, og for vidare å kunne planleggje, gjennomføre og deretter evaluere ei eventuell smertebehandling (*Rustøen, Torvik & Skauge, 2008*).

### 2.4.1 Sjølvrapportering

Smerte er eit subjektivt fenomen (*Hølen, Kaasa, Loge, Saltvedt, & Songe-Møller, 2005*). Hos klare og orienterte pasientar blir sjølvrapportering sett på som ein opplagt føresetnad for å få til ei vellukka smertebehandling (*Husebø, 2009*). Når det gjeld pasientar med kognitiv svikt og demens, hevdar Marquiè m. fl. (2003) at helsepersonell ofte er kritiske til rapportar og signal frå denne pasientgruppa (*sitert i Hølen, m. fl., 2008, s. 1838*). Coyne, Herr, Key, Manworren, McCaffery, Merkel, Peolosi-Kelly & Wild, (2006) meiner at sjølv om mange pasientar med demens, har svekka språkferdigheiter, kan dei fleste pasientane med mild til moderat demens gje pålitelege sjølvrapportar om smerte. Difor bør ein alltid spørje den eldre om han eller ho har smerter, også dei pasientane

som har ein demenssjukdom. Då er det viktig å tenkje på at ein tek seg god tid og stiller enkle spørsmål som er tilpassa den enkelte pasienten sin kognitive funksjon. Spør om smerte *her og no*, still konkrete *ja/nei*-spørsmål, gjenta spørsmålet om det er naudsynt, bruk alternative ord for smerte - for å auka forståinga (Bjørø & Torvik, 2008).

#### 2.4.2 Kartleggingsverktøy

Pasientar som ikkje kan gje verbalt uttrykk for smertene sine, gjev i staden nonverbale uttrykk for smerte. Det er ei svært viktig sjukepleiaroppgåve å tolke nonverbale uttrykk for smerte og setje i gang tiltak i forhold til dette. Sidan uttrykk for smerte hos eldre er individuelle, er dette imidlertid ei utfordring (Bjørø & Torvik, 2008). Hanger (2005) hevdar at uro, vandring og aggressiv åtferd svært ofte blir sett i samanheng med diagnosen. At dette faktisk kan vere smertebetinga blir oversett.

Ein må kartleggje den enkelte pasienten sitt åtfredsmønster, dette kan gjerast ved hjelp av gode, balanserte kartleggingsverktøy (Bjørø & Torvik, 2008). Standardiserte vurderingsverktøy har vist seg å betra kvaliteta på smertevurderingar. Det bidreg til konsekvent registrering av smerter og fremjar kommunikasjon mellom helsepersonell. Når ein skal velge eit kartleggingsverktøy, må ein ta utgangspunkt i den *enkelt* pasienten og velge det mest avanserte instrumentet som pasienten kan meistre. Retningslinjene for kartlegging skal vere ei støtte, ikkje ei erstatning for kvar enkelt sjukepleiar sitt faglege skjønn (Brodtkorb & Kirkevold, 2008).

Eit godt verktøy bør omfatte vurderingar med pasienten mobilisert, fordi smertetilstandane til mange eldre svært ofte kjem frå bevegingsapparatet (Hølen, m. fl., 2008). Det er viktig at institusjonar har ein standard for kartleggjing av smerter. Når eit vurderingsskjema fyrst er vald, er det naudsynt at det bestemte skjemaet blir brukt konsekvent, slik at ein kan fylgje smerteutviklinga over tid (Bjørø & Torvik, 2008). Pleiepersonalet som kjenner pasienten frå det daglege arbeidet, har det beste føresetnadane for å vurdere pasienten si åtferd i forhold til smerte (Husebø, 2009). Kontinuitet i forholdet mellom pasienten og pleiaren er viktig for å sikre god kartlegging og behandling (Bjørø & Torvik, 2008).

#### 2.4.2.1 CNPI

Eit av mange kartleggingsverktøy som i dag finst på "marknaden" er CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators). Det er eit verktøy som baserer seg på observasjon av åtferd. Verktøyet inneheld seks åtferdsbaserte smerteindikatorar for å registrere smerteåtferd hos nonverbale eldre med alvorleg kognitiv svikt (Bjørø & Torvik, 2008). Verktøyet skal gjennomgåast både i kvile/ro og ved bevegelse, og omfattar; **1)** Verbale klagar/ikkje-verbale uttrykk, **2)** Ansiktsgrimasar/svett til/krympar seg, **3)** Klamrar seg, **4)** Uro, **5)** Gnir seg eller masserer det affiserte området og **6)** Høglytte klagar/verbale uttrykk (Feldt, 2000). Sjå vedlegg 1.

#### 2.4.3 Fysiologiske undersøkingar og ikkje-medikamentell behandling

Ofte vil det vere naudsynt å leite etter patologiske tilstandar som kan føre med seg smerter. Dette går mellom anna på å utelukke obstipasjon, betennelse, infeksjonar, frakturar, trykksår. Ein kan ta lab. prøvar, og andre diagnostiske testar. Å scanne blæra til pasienten, ta røntgen eller baktus av urin kan også vere aktuelt (Coyne, m.fl, 2006). Det vil også vere naudsynt å gå gjennom anamnesa til pasienten. Dersom pasienten har ein sjukdom som vil vere smertefull for andre som kan uttrykkje smerter, bør ein anta at også pasienten med demens har smerter, skriv Decker og Herr (2004).

Smertebehandling hos demente pasientar bør deretter i fylgje Elliott og Horgas (2004) omfatte både medikamentell og ikkje-medikamentell behandling. Eg vel her å kun gå innpå den ikkje-medikamentelle behandlinga.

I den ikkje-medikamentelle behandlinga før ein fokusere på tiltak som aukar grunnleggjande komfort; posisjonering, toalettbesøk, beroligande kommunikasjon og passe på at grunnleggjande behov som svolt/tørste er dekkja. Kjelder til miljømessig stress (høge lydar, gjenskin frå lys, ubehagelege klede eller sko) og balanse mellom kvile og aktivitet bør også vurderast (Elliott & Horgas, 2004). Kovach m. fl. (1999) skriv at ikkje-medikamentell behandling mellom anna er å spele musikk for å avleie smerter og ubehag, sensorisk stimulering, som til dømes massasje, fysisk aktivitet og varme- eller kuldebehandling (sitert i Bjørø og Torvik, 2008, s. 196).

## 2.5 Kompetanseutvikling

Mangel på kunnskapar og ferdigheiter hos sjukepleiarar og legar er i mange tilfelle barrierar for effektiv vurdering og smertebehandling (Bjørø & Torvik, 2008, Breland, Helland og Reiersland, 2007). For å kunne gje personar med demens eit kvalitativt godt tilbod, er ei brei satsing på kompetanseutvikling av det personalet svært viktig (Rokstad, 2008). I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar, står det under punkt 5.2. at "Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde" (Sneltvedt, 2005, s. 103).

Rustøen (2007) hevdar at helsepersonell ikkje er gode nok til å kartleggje smerte. I mange tilfelle blir pasienten sine smerteproblem undervurderte. I fylgje Bjørø og Torvik (2008) er kunnskapar helsepersonell har kring smerter, kartlegging av smerter og smertebehandling ofte generelle, og ikkje tilpassa eldre menneske. Ei norsk studie viser at berre 18-32 % av sjukepleiarane vurderte kunnskapane sine om smerter til å vere *svært bra* eller *ganske bra* (Brochgreving, Kaasa & Skauge, 1998). Tilsette på sjukeheimar må få opplæring i metodar for å diagnostisere pasienten sine plagar, sjølv om pasienten ikkje klarar å formidle det. Om ein skal lukkast i å hjelpe desse pasientane, må ein jobba mykje meir tverrfagleg og det krev *kompetanse, tid og ressursar* (Hafstad & Thorgrimsen, 2009). Det blir stadig utvikla nye kunnskapar innanfor demensomsorga. Desse faktakunnskapane må på ein fortløypande måte oppdaterast gjennom utvikling og bruk av læremateriale, kurs og systematisk internundervisning (Rokstad, 2008).

Oppheim (2010) seier at det er viktig å setje tiltaka og opplegga inn i ein heilskapeleg kompetanseplan på posten. Kompetanse- og fagutvikling er heilt naudsynt for å sikre den beste kunnskapsbaserte og fagleg forsvalege praksisen.

Helsepersonellova (1999) § 16 skriv at "*Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*".

Breland m. fl. (2007) meiner at system prega av dårleg organisering, manglande rutinar og standardar for smertebehandling kan setjast i samheng med dette. Også Bjørø og Torvik (2008) peikar på at organisasjonsmessige forhold i helsetjenesta, har mykje å seie for effektiv smertebehandling. Leiarar på institusjonar, bør alle utarbeide ein klar smertepolitikk, og gje tydeleg uttrykk for at pasientar og brukarar av den aktuelle tjenesta skal få ei fullgod og verdig smertebehandling. Prosedyrar for smertekartlegging

og smertebehandling, er ein del av eit godt kvalitetssikra system. I fylgje Sosial- og helsedepartementet (2005) er føreset god kvalitet at tiltaka i tjenestetilbodet mellom anna er samordna og prega av kontinuitet.

### 3.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode som *„en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap”* (Dalland, 2007, s. 71). Metoden er altså reiskapet vårt i møte med noko me vil undersøkje, og hjelper oss til å samle inn den informasjonen me treng til undersøkinga vår (Dalland, 2007). For å nå målet mitt med denne oppgåva, har eg difor vore avhengig av ein metode. I dette metodekapitlet ynskjer eg å seie noko om korleis oppgåva metodisk er bygd opp.

### 3.1 Litteraturstudie

Det finst ulike typar litteraturstudiar. Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriv både allmenn og systematisk litteraturstudie. Ei allmenn litteraturstudie kan sjåast på som *litteraturoversikt, litteraturgjennomgang* eller *forskingsoversikt*. Vidare framhevar dei at ei allmenn litteraturstudie har som hensikt og gje ei oversikt over kunnskapar som finst på eit bestemt område. Ei *systematisk litteraturstudie* derimot, skal inkludera alle relevante artiklar om emnet, som deretter skal analyserast og vurderast systematisk.

Eg vil seie at denne oppgåva metodisk byggjer på ei tilnærming som ligg nærast ei allmenn litteraturstudie. Søkeprosessen min resulterte i eit svært mange artiklar, og oppgåva mi er basert på eit lite utval av desse. Oppgåva må difor ikkje oppfattast å beskrive all kunnskap som finst om dette emnet, men eg vil hevda at utvalet den byggjer på gjev eit truverdig bilete av kunnskapen som er relevant for mi problemstilling.

### 3.2 Søkeprosessen; søkeord, kombinasjonar og treff

Søkeprosessen min har vore omfattande og krevjande, til tider også frustrerande. Det er dei seinare åra gjort mykje forskning på dette område, og det var mykje litteratur å hente. Dette gjorde at det var vanskeleg å velje ut dei aller beste og mest relevante artiklane. Etter ei tid kom eg likevel til eit punkt der eg oppleva ein slags "mettnad". Artiklane eg las, gav meg ikkje ny relevant, informasjon i forhold til dei eg allereie hadde plukka ut.

Før eg tok fatt på søkinga, sette eg meg ned og skreiv kva søkeord eg i utgangspunktet ville nytte meg av. Søkeorda var *dementia, pain, nurs\** og *nursing home* og eg søkte ved å kombinere desse orda på ulike måtar. Eg fekk mange og varierte treff då eg nytta

søkeorda, og eg følte at eg fekk eit heilskapeleg bilete av emnet mitt. Difor la eg ikkje til fleire søkeord undervegs i prosessen.

Eg testa ut fleire av høgskulen sine søkjemotorar; Cinahl, Cochrane og Sve-Med. Både Cochrane og Sve-Med gav meg få relevante treff, då eg nytta meg av søkeorda mine. Til dømes gav Sve-Med 6 treff og Cochrane 0 då eg søkte på *dementia* and *pain* and *nurs\**. Dette synest eg var for dårleg, og gjekk difor over til Cinahl som raskt vart ein favoritt. Det var ein oversikteleg og enkel søkemotor og bruke, og eg fekk mange gode og relevante treff innanfor mitt tema. Ved å søke på *dementia* gav Cinahl meg 15 492 treff. I kombinasjon med *pain* fekk eg 487 treff. *Dementia* and *pain* and *nursing home* gav meg 133 treff, og det var her eg fann mange artiklane mine. Nokre artiklar kunne fort lukast vekk allereie ved å sjå på overskrifta, andre vart utelukka som fylgje av språkbarrierar. Dei resterande artiklane las eg samandraget på, og gjekk vidare innpå dei eg synest verka særleg relevante. Eg søkte også på *Sykepleien* sine sider under forskning, her fann eg også ein relevant artikkel, og eg sat til slutt igjen med seks forskingsartiklar, som belysa temaet mitt. Bøker som eg har nytta i denne oppgåva, har eg funne fram til ved hjelp av høgskulebiblioteket sin søkebase, *BIBSYS*.

### 3.3 Kjeldekritikk

Eg sette ei grense til at artiklane mine ikkje skulle vere meir enn 10 år gamle. Deretter såg eg på korleis artiklane kunne brukast til å belyse problemstillinga mi og om dei var relevante for mitt tem. Kor grundig studia har gått til verks for å finne resultata sine, og dermed også utvalet i dei ulike artiklane, har verka inn på vala mine. Det har og også vore viktig artiklane har stått fram som pålitelege. Kun tre av artiklane mine presiserer at dei er godkjende av etiske råd, men fordi alle artiklane er publiserte i kjende tidskrift, har eg likevel godkjend dei. Dette fordi eg reknar med at tidsskrifta også har sine etiske retningslinjer i forhold til kva som kan publiserast og ikkje.

I mange tilfelle nyttar både fagstoff og pensumlitteratur seg av sekundærlitteratur. Dette vil seie at teksten er bearbeida og presentert av ein annan enn den opphavlege forfattaren, noko som kan ha ført til at perspektivet har endra seg (*Dalland, 2007*). Difor har eg heile tida prøvd å finne fram til primærkjelda der slike har vore nytta. Dette har eg gjort ved å søke i søkebasane til høgskulen, eller på google. Mange gonger har eg



lukkast i å finne fram til primærkjelda, andre gonger ikkje. Då har eg vore nøydd å nytte meg av sekundærkjelda. Nokre av primærkjeldene eg har funne fram til gjennom artiklane mine, har nokre gonger vore over 10 år gamle. Då har eg likevel vald å ta dei med, fordi artikkelen også har "godkjend" den aktuelle kjelda.

### 3.4 Presentasjon av forskningslitteratur

#### "Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?"

Forfattar/Årstal	Informantar	Etikk
- Marit Jarland & Harald A. Nygaard - 2005	- 125 pasientar fordelt på tre sjukeheimar i Bergen	- Godkjend av The Regional Etichs Committee - Publisert i <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>

Føremålet med studia var å undersøke bruken av smertestillande medikament til sjukeheimspasientane i forhold til mental status. Det vart også undersøkt korleis sjukepleiarane vurderer smertene til pasientane ut i frå den diagnosen dei har. Funna i artikkelen framhevar at pasientar med ein demensdiagnose får/eller står i fare for å få mindre smertestillande medikament *ved behov*, enn pasientar som har kognitiv svikt eller som er kognitivt intakte. Grunnen til dette var mellom anna at demente pasientar rapporterer mindre om smertene sine enn det kognitivt intakte gjer. Det kom også fram at diagnosen demens i seg sjølv, hadde mykje å seie for korleis helsepersonellet tolka desse pasientane. Klagar frå pasientar som ikkje har ein demensdiagnose, blei i større grad teke på alvor og sett i samanheng med noko kroppsleg.

**Svakheiter:** Artikkelen er publisert i 2005, men dataa vart samla inn i august/oktober i 2000. Dette byrjar å bli lenge sidan no, og inngår som ein del av kritikken til denne artikkelen. Eg valde likevel å ta den med, då artiklar av nyare slag framleis peikar på dei same problema som denne artikkelen framhevar. Eg vurderte denne artikkelen som den

beste, det at den også var utført i Noreg gjorde valet enkelt.

### ”Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study”

Forfattar/Årstal	Informantar	Etikk
- Dag Aarsland, Bettina S. Husebø, Stein B. Husebø, Anne Elisabeth Ljunggren, Rolf Moe-Nilssen og Inger Strand. - 2008	- 181 sjukeheimspasientar	- Verbalt og skriftleg samtykke vart henta inn i direkte samtale med alle dei kognitivt intakte pasientane. Hos pasientar med demens vart samtykke innhenta i samtale med pasienten og pasienten si verge (her: familiemedlem eller advokat) - Studia vart godkjent av Regional komitè for medisinsk forskningsetikk og artikkelen vart publisert i <i>Journal of American Medical Directors Association</i>

Hensikta med denne studia var å undersøke forholdet mellom sjukeheimspasientar med ulike stadie av demens, ulike demenssjukdommar og bruken av smertestillande medikament i forhold til smerteintensitet. Dei brukte smerteskalaen MOBID-2 for å måle smerteintensitet. Resultata var at 37 % av mentalt friske pasientar mottok opioide analgetika, mot 24 % av pasientane med alvorleg demens og mot 9 % av pasientane med blanda demens (Alzheimers og vaskulær demens). Dette trass i at ein ikkje fann nokon ulikskapar mellom gruppene når det gjaldt smerteintensitet vurdert av MOBID-2. At mentalt friske pasientar er meir i stand til å kommunisere plagene sine til dei tilsette, kjem fram som ei mogleg årsak til at det er slik, som vidare kan resultere at dei dermed får meir medisinar. Dette reflekterer eit behov for ei heilskapeleg tilnærming til vurdering av smerter og behandling i eit tverrfagleg perspektiv. Det blir framheva at meir forskning og kvalitetsforbetring er naudsynt på dette området. Ein må auka

kunnskapar kring smerter, smertebehandling og demens.

**Svakheiter:** Det kjem fram av studia at MOBID-2 er eit nyleg utvikla kartleggingsverktøy, og ein kan då anta at det ikkje på ein tilstrekkeleg måte er utprøva i praksis. Dei går ikkje vidare innpå validiteten og reliabiliteten av dette verktøyet, dette kan vere negativt. Det er også eit verktøy som krev mobilisering av pasienten, difor har nok ein del demente pasientar falle utanfor kriteria for studia. Eg valde likevel å ta den med då eg meiner resultata er viktige å få fram.

### **“Pain assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation”**

<b>Forfattar/Årstal</b>	<b>Informantar</b>	<b>Etikk</b>
- Amanda F. Elliott, Ann L. Horgas & Micheal Marsiske - 2009	- 126 pasientar	- Publisert i <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>

Føremålet med studia var å undersøke forholdet mellom sjølvrapportering og smerterelatert åtferd hos demente og kognitivt intakte pasientar. Hovudfunnet var at demente pasientar rapporterer mindre smerter i kvile enn det kognitivt intakte pasientar gjer. Etter gjennomføringa av ein ”aktivitets-test” auka imidlertid sjølvrapportering av smerter hos begge grupper. Det kjem difor fram at mobilitetsbaserte smertevurderingar er naudsynt, fordi det framkallar pasienten sine smerter og bør nyttast i ein kombinasjon med sjølvrapportering frå pasienten.

**Svakheiter:** Studia omfattar kun pasientar med mild og moderat grad av demens, fordi aktivitets-testen i studia sette krav til at pasienten var i stand til å mobiliserast til ei viss grad. Eg valde likevel å ta den med, fordi eg har eit generelt fokus på demente i denne oppgåva.

## "Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools"

Forfattar/Årstal	Informantar	Etikk
- Huda Hijuer Abu-Saad, Martijn Berger, Jan Hamers & Sandra Zwakhaleh - 2006	- Litteraturgjennomgang som tek føre seg 12 smerteskalaer basert på observasjon av åtferd	- Publisert i <i>BMC Geriatrics</i>

Denne artikkelen baserer seg også på ein litteraturgjennomgang. Føremålet var å vurdere ulike smerteskalaer basert på åtferd. Fire verkty kom fram som var dei beste i studia; PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS-2 og ECPA. Likevel var det ingen av desse fire verktya som skåra meir enn 12 av maksimalt 20 poeng. Kvaliteten på det beste verktya frå studia kan dermed kun betraktast som moderat. Hovudfunnet er dermed at ingen av skalaene, ut i frå deira vurderingar, på ein overbevisande måte var den mest hensiktsmessige. Studia til framhevar imidlertid at smerteverkty er ein viktig ressurs når ein skal oppdage smerter hos demente pasientar. Vurdering og revurdering av smerte ved hjelp av kartleggingsverkty, fører til nøyaktig og regelmessig dokumentasjon av smerter, noko som er svært viktig i den daglege omsorga. Studia anbefalar likevel at det trengst meir forskning på dette området, og at dei eksisterande verktya i dag må vidare vurderast i forhold til validitet og reliabilitet.

## “Observational pain assessment scales for people with dementia: a review”

Forfattar/Årstal	Informantar	Etikk
- Angus Jocelyn & Christine While - 2009	- Litteraturgjennomgang som gjennomgår ni smerteskalaer basert på observasjon av åtferd	- Publisert i <i>British Journal of Community Nursing</i>

Denne artikkelen baserer seg på ei litteraturgjennomgang som hadde som føremål og sjå på tidlegare studiar/utprøvingar som er gjort av smerteskalaer som ser på observasjon av åtferd. Det kjem fram som viktig at ein må vurdere pasienten si kommunikasjonsevne, før ein skal velje kartlegging ved hjelp av sjølvrapportering eller observasjonsverktøy. Ein bør også involvere pårørande i smertebehandlinga av demente, fordi dei har unik kjennskap til pasienten si ”smertehistorie”. Å bruke kartleggingsverktøy i samarbeid med pårørande, kan vere ein god ressurs. Verktøyet NOPPAIN kjem fram som det beste, men studia framhevar at det ut i frå litteraturen kjem fram at mange av verktøya ikkje er utprøva på ein tilstrekkeleg måte i praksis. Dei framhevar tydeleg fram at det framleis gjenstår eit gap innanfor dette område, som treng meir omfattande forskning, og utprøving i praksis. Det gjenstår eit behov for å vurdere pålitelegheita og gyldigheita av observasjonsverktøy før dei kan anbefalast til brei bruk i praksis.

**Svakheiter:** Eg tykkjer at studia ikkje beskriv dei ulike verktøya på ein tilstrekkeleg måte, men då hovudfunnet i studia var at det gjenstår mykje arbeid på dette området (som også er identifisert av andre studiar eg har lese), valde eg likevel å ta den med, fordi eg meiner at dette er viktig å få fram.

**“The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes”**

<b>Forfatter/Årstal</b>	<b>Informantar</b>	<b>Etikk</b>
- Marit Jarland & Harald A. Nygaard - 2006	- 46 sjukeheimspasientar	- Godkjend av The Regional Etichs Committee - Publisert i <i>Age Ageing</i>

Føremålet med studia var å teste ut smerteskalaen CNPI. Verktøyet inneheld seks punkt, som alle blir sett på som åtferd assosiert med smerter hos demente pasientar (*sjå vedlegg 1*). Skjemaet skal nyttast både i kvile og ved bevegelse. På grunn av låg frekvens av smertepåverka åtferd i kvile, vart berre testing av smerteåtferd under aktivitet analysert vidare. Jarland og Nygaard konkluderer likevel med at verktøyet har akseptabel validitet og reliabilitet når det blir brukt av helsepersonell på sjukeheim til alvorleg demente pasientar. Dette fordi det er eit lite og lett verktøy å bruke, noko som er viktig i den daglege praksisen. Dette gjer og at ikkje-profesjonelle helsepersonell også kan bruke vertyet utan problem. Artikkelen framhevar at tilstrekkeleg evaluering av smerter hos denne pasientgruppa, avhenger av at helsepersonell er i stand til å anta at smerte kan vere ei årsak, når det oppstår åtferd som dette verktøyet omfattar.

## "Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis"

Forfatter/Årstal	Informantar	Etikk
- Tone Cecilie Carlsten, Bjørg Christiansen & Karen Jensen - 2009	- Fem fagutviklings-sjukepleiarar	- Publisert i <i>Sykepleien Forskning</i>

Føremålet med denne studia var å sjå på kjenneteikn ved fagutviklingssjukepleiarar, og kartleggje deira rolle. Resultata framhevar at fagutviklingssjukepleiaren har ei svært viktig rolle som brubyggjar mellom forskning og praksis, dei er eit ledd mellom sjukepleiarane og kjeldene til kunnskap. Det som er viktig i dette arbeidet er tilrettelegging av infrastrukturar som stimulerer fremjing av kunnskapsbasering av det daglege arbeidet og til eit dynamisk forhold til kunnskap. Dette kan gjerast ved å gjere personalet kjend med ulike kurs, sende ut artiklar på e-post, gjere fagtidsskift tilgjengeleg på avdelinga, veileie i litteratursøk, "forskningsgrupper" og fagdagar med tema som går ut i frå fagfeltet, satsingsområde på posten og elles kva personalet føler dei har behov for å lære meir om.

### 3.5 Ethiske overveingar

Sjølv om denne oppgåva er eit lite prosjekt i den store samanhengen, er det likevel viktig at eg tenkjer gjennom etikken rundt det eg gjer. Det er svært viktig at eg heile tida hugsar på at dei dataa og den litteraturen eg har for hand, er lånt. Forsberg og Wengstrøm (2008) skriv at juks og uærlegdom ikkje må førekome når ein driv med forskning. Eg må difor ikkje på nokon måte prøve å "overta" meiningane til forfattaren og gjere dei om til mine egne, men behandle dei med forsiktighet og respekt. Det er også viktig at eg gjengjev det forfattaren formidlar, på ein korrekt måte.

## 4.0 Diskusjon og drøfting av litteratur

### 4.1 Blir demente sjukeheimspasientar dårleg smertelindra?

Over 75 % av pasientane på norske sjukeheimar har i fylgje Engedal (2005) demens, og heile 45-83 % av alle sjukeheimspasientar har smerter (*Breuer m. fl., 2003*). Ut i frå desse tala som tidlegare er presentert, kan ein hevda at smerter er eit stort problem blant demente sjukeheimspasientar. Dette stadfestar Husebø (2009), som seier at smerter førekjem hyppig hos denne pasientgruppa. Likevel kjem det fram av studia til Aarsland m. fl. (2008) at det er dei pasientane som har dei mest alvorlege demenssjukdommane, som får minst og dårlegast smertebehandling. Resultata viste at 37 % av mentalt friske pasientar mottok opioide analgetika, mot 24 % av pasientane med alvorleg demens og 9 % av pasientane med blanda demens. Dette trass i at ein ikkje fann nokon ulikskapar mellom gruppene når det gjaldt smerteintensitet vurdert av smerteskalaen MOBID-2. Jarland og Nygaard (2005) erfara også dei same tendensane då dei utførte ei studie på tre sjukeheimar i Bergen. Det viste seg at mengda smertestillande medikament ved behov, minka med aukande grad av kognitiv svikt. Demente pasientar fekk altså mindre smertestillande medikament, enn kognitivt friske pasientar, sjølv om dei vart antatt å vere i same medisinske situasjon. Dette trass i at Bachino m. fl. (2001) hevdar det ikkje finst noko bevis som indikerer at personar med demens, opplever mindre smerter enn kognitivt intakte pasientar.

På den eine sida blir det altså godgjort at smerter er eit stort problem for demente pasientar, samstundes som det også kjem fram at dei likevel blir dårleg smertelindra. Dette kan truleg reflektere eit samspel mellom helsepersonell og demente pasientar, som på eit punkt sviktar innanfor dette området. Ved å vidare sjå på moglege årsaker til problemet, kan det hevdast at ein til i viss grad kan avdekkje kva som kan gjerast for å betre forholda rundt smertepåverka sjukeheimspasientar.

### 4.2 Kvar ligg problema, og kva kan gjerast?

Studia til Jarland og Nygaard (2005) viste også at eldre med demens, klagar mindre over smerter enn dei som er kognitivt intakte. Dette blir også framheva i studia til Elliott m. fl. (2009), noko som truleg kan setjast i samanheng med diagnosen og symptoma som mange gonger fylgjer sjukdomsbiletet. Elliott m. fl. (2009) meiner at det er viktig å få



fram at diagnosen påverkar både hukommelse og dømmekraft. Dessutan påpeikar Bjøro og Torvik (2008) og Bertelsen (2008) at sjukdommen i mange tilfelle svekkjar språkferdigheitene til pasientane som er ramma, samstundes som ei manglande refleksjonsevne ofte er gjeldande. Husebø (2009) seier at dette kan føre til at demente pasientar har vanskar med å rapportere om smertene sine, noko som også blir framheva i studia til Aarsland m. fl. (2008); mentalt friske er i større grad i stand til å kommunisere plagene sine til dei tilsette.

At mange demente slit med å formidle plagene sine, set eit klart auka krav til helsepersonell. Ein må i større grad vere årvaken og observere pasienten, for å prøve og avdekkje og behandle smerter på best mogeleg måte. Likevel framhevar teorien at helsepersonell si evne til å kjenne igjen smerter hos denne pasientgruppa, ikkje er tilfredsstillande (*Hølen m. fl., 2007*). Når ein, jamfør 2.2.1, veit at ubehandla smerter kan ha store konsekvensar for eldre pasientar, reflekterer dette eit alvorleg problem, som må gjerast noko med.

Eit mogeleg satsingsområde, vil vere kompetanseheving. Rokstad (2004) påpeikar at ein viktig føresetnad for å kunne gje personar med demens eit kvalitativt godt tilbod, er ei brei satsing på kompetanseutvikling av personalet. Breland m. fl. (2007) og Bjøro og Torvik (2008) meiner at helsepersonell manglar kompetanse når det gjeld smerter. Kunnskapane er altfor generelle, og er ikkje tilpassa eldre menneske. Studia til Jarland og Nygaard (2005) kan belyse dette. I studia vart sjukepleiarar intervjuva om tilstadevering av smerter hos pasientane. Det viste seg at deira syn på om pasienten hadde smerter eller ikkje, var ein avgjerande faktor for å dele ut behovsmedisin. Det vart framheva at det å ha "merkelappen" demens, påverka korleis helsepersonellet tolka pasienten. Signal frå pasientar som ikkje hadde ein demensdiagnose, vart tyda på ein annan måte enn signal frå demente pasientar, og vart i større grad sett i samanheng med noko kroppsleg. Mykje av dette var årsaka til at dei demente fekk mindre smertestillande enn andre pasientgrupper.

Det kan altså verke som om det å ha diagnosen demens, vekker skepsis hos pleiepersonell når det gjeld smerter. Marquiè m. fl. (2003) meiner også at helsepersonell ofte er kritiske til rapportar og signal frå eldre, særleg om pasienten har demens eller kognitiv svikt (*sitert i Hølen, m. fl., 2008, s. 1838*). Ut i frå dette kan det stadfestast at

mange som jobbar innanfor helsesektoren, har for dårlege kunnskapar på dette området. Studia til Aarsland m. fl. (2008) framhevar at ein må auka kunnskapar kring smerter, smertebehandling og demens. Rokstad (2008) seier at det stadig blir utvikla nye kunnskapar innanfor demensomorga.

Her må sjukepleiarane fylgje etter. Studia til Carlsten m. fl. (2009) framhevar at det i dag blir stilt auka krav til å halde seg oppdatert på kunnskapsutviklinga som skjer innanfor eige profesjonsfelt. Det kjem også fram at auka fokus på forskingsresultat, kan bidra til å styrkje kompetansegrunnlaget for klinisk praksis i dagens sjukepleie. Dette fører med seg både nye mogelegheiter og store utfordringar.

Som student har eg erfart kor travel ein arbeidsdag kan vere; ein har mykje å gjere, mykje i hovudet og mange å hjelpe. Og på toppen av dette skulle ha tid til å lese seg opp på ny forskning innanfor sitt eige felt, kan i mange tilfelle verke uhandterleg. Carlsten m. fl. (2009) tek opp dette problemet i studia si. Opplevinga av ei mengde forskingsresultat, saman med mangel på tid, kan ofte verke overveldande. Oppheim (2010) meiner likevel at kompetanseutvikling må prioriterast, trass i mange faktorar som bidreg til å avgrense både mogelegheiter og motivasjon. Her framhevar Carlsten m. fl. (2009) fagutviklingssjukepleiaren som viktig. Studia konkluderer med at ein slik sjukepleiar har ei svært viktig rolle som brubyggjar mellom forskning og klinisk praksis.

Eg tenkjer også at dette "lettar" litt av arbeidet til travle sjukepleiarar, som truleg har dårleg samvit når det kjem til oppdatering av kompetanse og utviding av forskingshorisonten. I staden for å byrje å leite etter auka i kompetanse i eit hav av litteratur, vil kanskje det å ha ein fagutviklingssjukepleiar vere med på å strukturere kompetanseutviklinga. På denne måten kan det heile verke meir overkommeleg. I studia til Carlsten m. fl. (2009) kjem det fram at det å tilgjengeleggjere kunnskapskjelder er viktig og kan vere med på å stimulere interesse for kunnskap hos personalet. Dette kan gjerast ved å gjere personalet kjend med kurstilbod, sende ut artiklar på e-post, gjere fagtidsskift tilgjengeleg på avdelinga og veilede personalet i korleis ein kan lese fag og forskingslitteratur. Ein bør også ha fagdagar for personalet der ein tek opp aktuelle tema. Andre mogelegheiter kan også vere å utvikle "forskningsgrupper" som til dømes kan ha som mål å utvikle permar om ulike tema som er aktuelt for avdelinga. Ved å tilretteleggje slike særskilde strukturar for læring, kan ein stimulere til eit dynamisk

forhold til ny kunnskap, og fremje eit dagleg, kunnskapsbasert arbeid. Rokstad (2008) støttar dette. Ho seier at nye faktakunnskarar som heile tida blir utvikla, på ein fortløypande måte må oppdaterast gjennom utvikling og bruk av læremateriale, kurs og systematisk internundervisning.

Ein kan på bakgrunn av dette hevde at kompetanseheving bør vere eit viktig satsingsfelt når det kjem til dette temaet, fordi litteraturen framhevar at helsepersonell ikkje har nok kunnskarar kring eldre og demens. Eg også meiner at ein fagutviklingssjukepleiar vil ha ei nøkkelrolle på kvar ein arbeidsplass, fordi det kan bidra til betre systematisering av nye kunnskarar som blir utvikla. Likevel tenkjer eg at det er heilt avgjerande at sjukepleiarar også engasjerer seg. Fagutviklingssjukepleiaren må ikkje bli ståande igjen åleine som den einaste pådrivaren for kompetanseutvikling, personalet må ikkje forvente at ein får kunnskapen gratis i hendene. Fagutviklingssjukepleiaren er med på å strukturere kompetansehevinga, men kan ikkje oppfattast som ei erstatning for sjukepleiarane sitt eige ansvar og engasjement. Ein kan kome med forslag til tema som burde bli tekne opp på eventuelle fagdagar, melde seg på kurs og engasjere seg i "fag-gupper". Ved å tileigne seg meir kunnskap, vil ein kjenne seg meir fortruleg i si eiga rolle og ein vil forhåpentlegvis kunne hjelpe smertepåverka demente pasientar til ein betre kvardag. Men det gjeld ikkje berre å ha kunnskapen i hovudet, ein må også setje den ut i praksis.

#### **4.3.2 Kartlegging av smerter**

I Helsepersonellova (1999) heiter det at den enkelte verksemda som yt helsehjelp, må organiserast slik at helsepersonellet blir i stand til å avhalde pliktene sine. Breland m. fl. (2007) meiner at system som er prega av dårleg organisering, manglande rutinar og standardar for behandling av smerter, kan setjast i samanheng med mangelfull smertebehandling. Også Bjørø og Torvik (2008) peikar på at helsetenesta si organisering, verkar inn på smertebehandlinga. Prosedyrar for smertekartlegging og smertebehandling er ein del av eit system prega av kvalitet. Det er naudsynt, for å vidare kunne planleggje og gjennomføre smertebehandlinga.

Ein bør altså ha klare retningslinjer for korleis ein skal gå fram, dersom ein mistenkjer smerter hos demente. Aller fyrst vil det i fylgje Coyne m. fl. (2006) vere lurt å leite etter

patologiske tilstandar som kan føre med seg smerter og ubehag, seier. Dette går mellom anna på å utelukke obstipasjon, betennelse, infeksjonar, frakturar og trykksår hos pasienten. Av erfaring veit eg at til dømes urinvegsinfeksjonar som ikkje blir oppdaga, kan føre til at demente pasientar kan endre heile veremåten sin. Difor kan det å ta baktus av urin vere aktuelt i ein slik samanheng. Dersom slike tilstandar er utelukka, er det viktig å prøve og kartleggje moglege smerter på andre måtar.

#### 4.3.2.1 Kartlegging ved hjelp av sjølvrapportering

Hos klare og orienterte pasientar blir sjølvrapportering sett på som ein opplagt føresetnad for å få til ei vellukka smertebehandling (*Husebø, 2009*). Også Abu-Saad m. fl. (2006) påpeikar at sjølvrapportering ofte sett på som "gullstandard" i kartleggingsfasen.

Demens diagnosen kan imidlertid i mange tilfelle komplisere dette, ofte på grunn av at dei ikkje er i stand til å uttrykkje smertene sine på ein tilstrekkeleg måte. Det kan difor vere fort å tenkje at demente pasientar ikkje er i stand til å avgje pålitelege sjølvrapportar. Coyne m. fl. (2006) meiner derimot at dei fleste pasientar med mild til moderat demens kan gje pålitelege sjølvrapportar om smerte. Dette støttar også Hølen m. fl. (2005).

Studia til Elliott m. fl. (2009) tok føre seg dette temaet, og undersøkte mellom anna demente si evne til sjølvrapportering både i kvile og etter aktivitet. Her viste det seg å vere store ulikskapar. Alle deltakarane vart spurt om smerter i kvile, og gjennomgjekk deretter ein "aktivitets-test" før dei på ny vart spurt om tilstadeveringa av smerter. Sjølvrapporteringa av smerter hos demente auka betydeleg etter at pasienten hadde vore i aktivitet. Ut i frå dette meiner Elliott m. fl. (2009) at studia stadfestar at aktivitets-testar i mange tilfelle forverrar smertefulle tilstandar, og understrekar dermed betydinga av mobilitetsbaserte smertevurderingar. Også ei studie gjort av Feldt (2000) seier noko om dette. Resultata framheva at registrering av smerteåtferd i kvile ikkje var påliteleg, fordi pasientar som kjenner smerte ved bevegelse, ofte blir passive og det vart då vanskeleg å vurdere smerte i kvile sett i forhold til smerter i aktivitet.

Dette kan underbyggjast med studia til Jarland og Nygaard (2006) som testa ut smerteskalen CNPI. Dette er som tidlegare presisert er sjekklister som skal utførast både i kvile og ved bevegelse. På grunn av låg frekvens av smertepåverka åtferd i kvile med

CNPI, vart berre testing av smerteåtferd under aktivitet analysert vidare. På bakgrunn av studia konkluderer Elliott m. fl. (2009) difor med at sjølvrapportering bør nyttast i samanheng med observasjon av åtferd når pasienten er i aktivitet.

Bjøro og Torvik (2008) og Hølen m. fl. (2005) meiner at ein skal nytte seg av metodar som spør demente om smerter her og no. Ut frå studia til Elliott m. fl. (2009) meiner eg at dette kan stadfestast. Ved å spørje om smerter her og no, umiddelbart etter at pasientane har gjennomført ein aktivitetstest, vil ein truleg i større grad få ei meir påliteleg sjølvrapportering enn om pasienten sit i ro, fordi smertene då er eit faktum for pasienten *her og no*. Spørsmåla bør i fylgje Bjøro og Torvik (2008) vere heilt enkle og konkrete, ofte vil det også vere naudsynt å bruke alternative ord for smerter, for å prøve å auke forståinga hos pasienten.

Det er imidlertid ikkje alle demente pasientar som er i stand til å mobiliserast i ein aktivitets-test, og heller ikkje alle vil kunne avgje sjølvrapportar. Då er det naudsynt å observere non-verbale teikn hos pasienten.

#### **4.3.2.2 Kartlegging ved hjelp av observasjon av åtferd og samarbeid med pårørande**

Studia til Abu-Saad m. fl. (2006) framhevar at å avdekkje smerter hos demente pasientar krev ein omfattande tilnæringsprosess. Ferrell, Ferrell og Rivera (1995) seier at ein ved å observere den demente kan oppdage teikn som kan indikere smerte. Dette er i fylgje Bjøro og Torvik (2008) særleg viktig i samspelet med pasientar som ikkje lenger er i stand til å uttrykkje seg verbalt. Desse pasientane gjev nonverbale uttrykk for smerter i staden. Å tolke slike teikn er ei viktig sjukepleiaroppgåve, for å kunne setje i gang tiltak i forhold til pasienten sine behov.

Om ein går ut i frå AGS sine retningslinjer for observasjon av smerteåtferd, jamfør 2.2.1, vil det vere lettare å få til ei strukturert observering. Decker og Herr (2004) skriv at ved å observere endringar som til dømes redusert eller auka aktivitet, endring i appetitt, endring i humør, auka uro, tilbaketrekking og isolasjon, aggressiv åtferd eller auke i verbale utbrot, kan smerter alltid vere ei mogleg årsak. Dette er symptom som fort kan forvekslast med demenssjukdommen, men slik åtferd bør i fylgje Decker og Herr (2004) likevel alltid føre til grundig evaluering av problem som kan føre til smerte.

Husebø (2009) meiner at det er pleiepersonalet som kjenner pasienten frå det daglege arbeidet, som har dei beste føresetnadane for å vurdere smerteåtferda til den enkelte pasienten. Abu-Saad m. fl. (2006) påpeikar imidlertid at pårørande også kan vere svært gode ressursar og samarbeidspartnarar i dette arbeidet. Dette er også noko studia til Jocelyn og While (2009) framhevar. Dette fordi pårørande i mange tilfelle har unik kjennskap til pasienten sitt normale åtferdsmønster, og truleg raskt kan oppdage endringar i åtferd.

Eg trur at pårørande i mange tilfelle er villige til å samarbeide med helsepersonell på denne måten. Svært mange pårørande har hatt den demente heime i lang tid, før han flyttar på sjukeheim. For mange kan det vere svært tungt og vanskeleg å overlate familiemedlemmet sitt til framande. Mange vil kanskje få dårleg samvit, fordi ein ikkje lenger er i stand til å ha omsorg for familiemedlemmet sitt. Smebye (2008) skriv at det kan kjennast som eit nederlag, fordi dei oppfattar det som eit teikn på at ein ikkje lenger strekkjer til. Difor kan det hevdast at pårørande i stor grad vil kjenne at dei er til nytte, og framleis er med å hjelpe den sjuke, dersom dei blir inkludert i behandlinga av pasienten.

Då er det viktig at helsevesenet i det vidare arbeidet spelar på lag med dei pårørande, og ser på dei som samarbeidspartnarar, og på den måten gjev pårørande mogelegheit til å engasjere seg i ei felles problemløysing (*Smebye, 2008*). I fylgje Abu-Saad, m. fl. (2006) gjev slike utforskingar frå ulike ressursar i mange tilfelle ny informasjon, som kan føre til at ein klarar å løyse smerteproblemet. Samstundes påpeikar Bjøro og Torvik (2008) at samarbeid med pårørande kan vere med på å kvalitetssikre kartlegging og behandling av smerte.

Ein kan gje dei pårørande informasjon om andre tiltak dei kan prøve ut når dei er på besøk til pasienten. Ikkje-medikamentell behandling utover den medikamentelle behandlinga, kan vere nyttig å prøve ut av både helsepersonell og pårørande. Elliott og Horgas (2004) meiner at smertebehandling av demente nettopp også bør omfatte ein ikkje-medikamentell behandling. Pårørande kan få informasjon om at musikk er kjend for å avleie smerter og ubehag og at sensorisk stimulering som til dømes massasje, eller fysisk aktivitet kan hjelpe mot eventuelle smerter. Deretter vil tiltak som rett og slett fokuserer på å auke grunnleggjande komfort, vere nyttig. Dette går i fylgje Elliott og Horgast (2004) på god posisjonering, toalettbesøk, beroligande kommunikasjon og

sørgje for at grunnleggjande behov som svolt og tyrste er dekkja. Dessutan kan ein sjå til at klede og skoa til pasienten er gode og behagelege.

Pårørande er altså svært viktige ressursar, som ein ikkje må gløyme i den travle kvardagen. Eg har sjølv oppleva at helsepersonell ser på pårørande som irriterande og ”i vegen” når dei prøver å engasjere seg i behandlinga av pasienten. Ved å i mykje større grad inkludere dei pårørande i behandlingsplanen, og ved å sjå på dei som samarbeidspartnarar, vil dette truleg få gunstige verknadar, både for pasienten sjølv og for dei pårørande. I dette samarbeidet kan det i fylgje studia til Jocelyn og While (2009), vere nyttig og prøve ut kartleggingsverky av både helsepersonell og pårørande.

#### 4.3.2.3 Kartlegging ved hjelp av standardiserte verky

Brodtkorb & Kirkevold (2008) meiner av standardiserte vurderingskjema inngår som ein naturleg del av smertekartlegging, og framhevar at det stadig blir utvikla skjema for kartlegging av smerte hos gamle. I fylgje Abu-Saad m. fl. (2006) er det blitt auka interesse for å forstå uttrykk som indikerer mogelege smerter hos dei demente. Studia deira framhevar at smerteverky er ein viktig ressurs når ein skal oppdage smerter hos demente pasientar. Cohen-Mansfield og Creedon (2002) hevdar at slike verky, vil føre til betrakteleg betre livskvalitet hos demente sjukeheimspasientar som ikkje er i stand til å formidle behova sine (*sitert i Abu-Saad, m. fl, 2006*). Brodtkorb og Kirkevold (2008) meiner også at vurderingsverky har vist seg å betre kvaliteta på smertevurderingar. Dessutan peikar Bjøro og Torvik (2008) på at det bidreg til konsekvent registrering av smerter og fremjar kommunikasjonen mellom helsepersonell.

Litteraturen framhevar dermed så å seie ei samstemt godkjenning og anbefaling av kartleggingsverky til bruk på pasientar med mogelege smerter. Likevel er smertekartleggingsverky i fylgje Jarland og Nygaard (2006) lite brukt i den daglege praksisen på norske sjukeheimar. Ei undersøking som er gjennomført på sju sjukeheimar i Noreg, avslører at 92 % av 112 tilsette ikkje brukte noka form for kartleggingsverky, medan 64 % ikkje visste om slike verky i det heile teke (*Jarland & Nygaard, 2006*). Gjennom mine møte med helsepersonell og demente i praksis og i jobbsamanheng, har eg aldri blitt introdusert for slike skjema. Eg tykkjer heller ikkje at det er noko som er kome tydeleg fram gjennom sjukepleiarutdanninga som viktig.

Gjennom forskingsartiklane mine kjem det imidlertid fram at det i dag finst mange kartleggingverky på "marknaden".

I denne samanhengen ynskjer eg å trekkje framkartleggingsverkyet CNPI, fordi dette er ein verky som kan belyse både positive og negative sider ved bruken av slike reiskapar. Dessutan er det eit verky som i fylgje Hølen m. fl. (2008) i laupet av dei seinare åra er oversett til norsk. Studia til Jarland og Nygaard (2006) viser også at verkyet er utprøvd på norske sjukeheimar. I studia presiserer dei at ein smerteskala som skal nyttast i dagleg praksis, bør vere enkelt i bruk. CNPI er nettopp eit verky som kan imøtekome dette ynskje. Feldt (2000) beskriv at verkyet omfattar seks punkt, kor ein etter kvart skal krysse av for *ja/nei*, alt etter om smerteåferda var til stades eller ikkje (Feldt, 2000). *Sjå vedlegg*. Ut frå studia deira viser verkyet CNPI ei god evne til å skilje mellom pasientar som har smerter og pasienter som ikkje har smerter, og konkluderer med at verkyet har akseptabel validitet og reliabilitet. Dette fordi det er eit lite og lett verky å bruke, noko som er viktig i den daglege praksisen. Dette gjer og at ikkje-profesjonelle helsepersonell også kan bruke verkyet utan problem.

Trass i at CNPI, kjem godt ut av denne studia, kan ein ut i frå American Geriatrics Society (AGS) sine retningslinjer for smerteåtferd, jamfør 2.2.1. sjå at CNPI kun avdekkjer ei avgrensa tal på smerteåtferd. Endringar i mellommenneskeleg åtferd, i aktivitetsmønster/rutinar og i mental status er ikkje teke med. Om ein då vel å nytta seg av CNPI, kan ein hevda at det i tillegg er naudsynt å også gå innpå og observere dei punkta som ikkje er omfatta i verkyet, men som AGS nemner. Særleg dersom pasienten "scorar" svakt på CNPI, og ein likevel har mistanke om at pasienten har smerter. Så lenge ein er klar over dette, vil eg ut i frå studia hevde at CNPI er eit godt verky som kan brukast på demente sjukeheimspasientar.

Studia til Elliott m. fl. (2009) framhevar imidlertid at meir arbeid er naudsynt for å etablere gode verky som kan overførast og anbefalast til bruk i klinisk praksis. Hølen m. fl. (2009) meiner at ingen av dei verktya som finst i dag, er fullgodt testa med omsyn til reliabilitet og validitet. Dei meiner difor at det er behov for ein standard eller ei nasjonal anbefaling om kva for måleinstrument som bør inngå på norske sjukeheimar.

Abu-Saad m.fl. (2006) har testa ei rekkje kartleggingsverky, og framheva fire verky som var dei beste. Likevel var det ingen av desse fire verktya som skåra meir enn 12 av maksimalt 20 poeng. Kvaliteten på dei fire verktya som kom ut som dei beste i studia,



kan dermed kun betraktast som moderat. Abu-Saad m.fl. (2006) meiner at i staden for at det heile tida skal utviklast nye verkty, bør dei allereie eksisterande verktya prioriterast. Dei burde forbetrast, og blitt vidare vurdert med omsyn til validitet, reliabilitet og klinisk bruk. Også Bjoro, Decker og Herr (2006) framhevar dette. Dagens kartleggingsverkty er framleis i tidlege utviklingsstadie, meir utprøving og testing i praksis er naudsynt før dei kan anbefalast for brei anvending i klinisk praksis til pasientar med demens (*sitert i Elliott, m.fl, 2009, s. 126*). Dette stadfestar Jocelyn og While (2009), som skriv at studia deira har identifisert eit stort gap innanfor smertevurdering av demente. Dei peikar på at det er behov for ytterlegare vurdering av dagens verkty, med tanke på reliabilitet og validitet.

Ei rekkje studiar har altså sett på ulike kartleggingsverkty, og vurdert desse. Det kjem tydeleg fram at mange kartleggingsverkty ikkje er utprøva i praksis på ein tilstrekkeleg måte. Det er viktig at verktya ein brukar er til å stole på, men eg tenkjer også at helsepersonell på ulike avdelingar må utforske dette området og finne det verktyet som passar deira pasientar best. Coyne m. fl. (2006) peikar på at åtferd hos pasientar med demens, i stor grad varierer individa imellom. Bjoro og Torvik, (2008) meiner difor at når ein skal velje eit kartleggingsverkty, må ein ta utgangspunkt i den *enkelte* pasienten og velge det mest avanserte instrumentet som pasienten kan meistre (*Bjoro & Torvik, 2008*). Eg meiner også at det i det er svært viktig at helsepersonell som nyttar seg av slike kartleggingsverkty, kjenner seg fortrulege med det vertyet dei brukar. Då kan ein hevda at dei vil kome fram til dei mest pålitelege resultata. Brodtkorb og Kirkevold (2008) gjer det klart at retningslinjer for kartlegging skal vere ei støtte, ikkje ei erstatning for kvar enkelt sjukepleiar sitt faglege skjønn (*Brodtkorb & Kirkevold, 2008*).

## 5.0 Konklusjon

Eg valde i denne oppgåva eit tema med stor breidde og som det fanst mykje litteratur om. På grunn av tidsavgrensinga på oppgåva, har eg ikkje hatt høve til å gå innom alle sider ved dette temaet. Eg trur og håpar likevel at eg ved hjelp av avgrensingar og eit nøye utval av teori og forskning, har klart å trekkje i dei viktigaste trådane innanfor dette temaet.

Ut frå den teorien og dei forskingsartiklane eg har nytta i denne oppgåva, kjem det tydeleg fram at mange demente har smerter - og mange demente har smerter som ikkje blir oppdaga. Sjukepleiarar har ei nøkkelrolle i denne samanhengen. Mange har likevel ikkje nok kunnskapar på dette feltet, overser viktige teikn på smerteåtferd og set i hovudsak åtferda til pasienten i samheng med diagnosen. Difor er dette eit felt som må satsast på. Det er svært viktig at sjukepleiarar hevar kompetansen sin når det gjeld demens, smerter, smerteåtferd og kartlegging. Ein fagutviklingsjukepleiar kjem fram som ein viktig støttespelar i denne samanhengen, og kan bida til strukturering av kompetanseutviklinga. Dessutan er kartlegging av smerter heilt avgjerande for denne pasientgruppa, for at ein vidare kan setje i gang naudsynte behandlingstiltak. Dette kan gjerast anten ved å prøve å få til ei sjølvrapportering, observere åtferda til pasienten – anten ved hjelp av retningslinjer for smerteåtferd eller ved hjelp av kartleggingsverky, eller ein kombinasjon av begge deler. Her kjem pårørande fram som ein viktig ressurs og samarbeidspartnar, fordi dei har god kjennskap til pasienten sitt normale åtferdsmønster. Også det å utelukke patologiske tilstandar som UVI, obstipasjon og infeksjonar og ikkje-medikamentell behandling, er i mange tilfelle naudsynt.

Alt dette blir av litteratur og forskning identifisert som sentrale element i ein tilnæringsprosess til smertepåverka sjukeheimspasientar. Det finst ingen enkle snarveggar dersom ein skal avdekkje denne pasientgruppa sine plagar og smerter.

*Det krev tid, ressursar og kompetanse (Hafstad & Torgrimsen, 2009).*

## 6.0 Referanseliste

Aarsland, D., Husebø, B. S., Husebø, S. B., Ljunggren, A. E., Moe-Nilssen, R. & Strand, L. I. (2008). Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *American Medical Directors Association*, 427-433.

Abu-Saad, H. H., Berger, M., Hamers, J. & Zwakhalen, S. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools. *BCM Geriatrics*, 6 (3), 1-15.

Bachino, C., Kumik, M. & Snow, A.L. (2001). Principles of pain assessment and treatment in non-communicative demented patients. *Clin Gerontol*, Vol. 23, 97-115.

Beebe, A. & McCaffery, M. (2001). *Smertter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smerte. I: Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-349). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: frå nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Borchgrevink, P. C., Kaasa, S. & Skauge, M. (1998). Vurdering av egen kunnskap og kompetanse om behandling av smerter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 118 (4), 536–554.

Breland, H. P., Helland, E. S. & Reiersdal, O. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Sykepleien*, 95 (7), 50-52.

Breuer, B., Libow, L. Manfredi, P. L. & Meier, D. E. (2003). Pain Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 25 (1), 48-52.

Brodtkorb, K. & Kirkevold, M. (2008). Kartlegging. I: Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 113-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Carlsten, T. C., Christiansen, B. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 100-106.

Coyne, P. J., Herr, K., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Peolosi-Kelly & Wild, L. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 7, (2), 44-52.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Decker, D. & Herr, K. (2004). Older Adults With Severe Cognitive Impairment: Assessment of Pain. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 12 (4), 46-52.

Elliott, A. F. & Horgas, A. L. (2004). Pain assessment and management in persons with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 39 (3), 593-606.

Elliott, A. F., Horgas, A. L. & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 126-132,

Engedal, K. (2008). *Lærebok: Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, K. (2005). Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125 (9), 1188-1190.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

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

Ferrell, B. A., Ferrell B. R. & Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 591-598.

Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systemiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Hafstad, A. & Thorgrimsen, T. C. S. (2008). *Demente lider unødvendig*. Henta frå <http://www.aftenposten.no/meninger/kommentatorer/hafstad/article2660549.ece>.

Hanger, M. R. (2005). *Demente med smerter får for lite medisiner*. Henta frå <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2005/09/15/demente-med-smerter-far-for/index.xml>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 – "Den gode dagen"*. Oslo: GAN Grafisk.

Helsepersonellova. (2009). *Kapittel 3. Krav til organisering av virksomhet*. Henta frå <http://www.lovdatabank.no/all/tl-19990702-064-003.html>.

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskriftet for Norsk Legeforening*, 129 (19), 1996-1998.

Hølen, J. K., Kaasa, S., Loge, J. H., Saltvedt, I. & Songe-Møller, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskriftet for Norsk Legeforening*, 125, 1838-1840.

Jarland, M. & Nygaard, H. A. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20, 730-737.

Jarland, M. & Nygaard, H. A. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) - testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age Ageing*, 35(1), 79-81.

Jocelyn, A. & While, C. (2009). Observational pain assessment scales for people with dementia: a review. *British Journal of Community Nursing*, 14 (10), 438-442.

Oppheim, A. E. (2010). Fagutvikling må prioriteres. *Sykepleien Forskning*, 5 (4), 293-293.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I: Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 27-46). Oslo: Akribe Forlad.

Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I: Aambø, A. (Red.). *Smarter. Smerteopplevelse og atferd* (s. 127-142). Oslo: Cappelen Forlag.

Rustøen, T., Skauge, M. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging. I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: frå nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-75). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Smebye, K. L. (2008). Samarbeid med pårørende. I: Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 232-257). Oslo: Akribe Forlad.

Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B. S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (s. 88-104). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Henta frå [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1486\\_18936a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1486_18936a.pdf)

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Henta frå [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf)

Storvik, A. G. (2009). *Må prioritere eldre med hoftebrudd*. Henta frå <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/01/16/ma-prioritere-eldre-med-ho/index.xml>.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



# Vedlegg 1: CNPI

Dato   .   . 200   Pasientnummer

## Checklist of Nonverbal Pain Indicators - norsk utgave

### Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv kryss i den aktuelle kolonnen til høyre dersom atferden opptrådte et kort øyeblikk i hvile/ro eller ved bevegelse/aktivitet. Sett ring rundt atferden som best beskriver hva som ble observert. Beregn skåre ved å legge sammen antall kryss i kolonnene. Hvis ingen kryss, sett 0.)

	I hvile/ro	Ved bevegelse
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", hakeslepp, fordreid uttrykk)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, bord eller annen gjenstand)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
5. Gnir eller masserer det affiserte området	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylidte klager: verbale uttrykk (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser banningsord eller eder eller roper i protest "stopp", "det er nok".)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<b>Skåre</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tid (tt:mm)</b>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<b>Situasjon</b>	<hr/>	<hr/>

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

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

Adaptert utgave ved Karen Bjoro.

15643

