



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	415
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Smertelindring til personer med langtkommet demenslidelse
Antall ord *:	8951

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

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

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

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til personer med langtkommet demenslidelse

Pain relief for people with advanced dementia

Kandidatnummer: 415

Bachelor i sykepleie

FHS, HVL Stord

Innleveringsdato: 28.04.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*



**Høgskulen
på Vestlandet**

Smertelindring til personer med langtkommet demenslidelse

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet, Campus Stord

Kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall sider: 46

Antall ord: 8951

Sammendrag

Tittel: Smertelindring til personer med langtkommet demenslidelse.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertelindring hos personer med langt kommet demenslidelse?

Bakgrunn: Forekomsten av demenslidelse er økende i norske sykehjem. Forskning viser til at 40-60% av personer med demenslidelse opplever regelmessig smerte. Pasienter med demens mister etter hvert evnen til å uttrykke smerte og dette gjør smertelindring utfordrende.

Hensikt: Formålet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren kan behandle smerte hos personer med langt kommen demens på sykehjem.

Metode: Litteraturstudiet. Oppgaven inkluderer forskningsartikler fra MedLine og BioMed Central.

Resultat: Resultatene i forskningsartiklene viser til at prevalensen av smerte hos personer med langtkommet demens er høy. Smertekartlegging og smertebehandling er vist til å være utfordrende hos denne pasientgruppen. Studier påpeker at helsepersonells kjennskap til pasientens normative adferd er viktig ved smertekartlegging. Forskning anbefaler derfor observasjonsbasert smertekartlegging. I Helse og omsorgssektoren finnes det utallig smertekartleggingsverktøy og de mest omtalte smertekartleggingsverktøy er DOLOPLUS-2 og MOBID-2.

Konklusjon: For å svare på problemstillingen har oppgaven hatt fokus på relasjon mellom pasient og sykepleier. Relasjon gir en forutsetning for å identifisere pasientens smerte. Effektiv smertebehandling er en systematisk prosess som krever tverrfaglig samarbeid og kunnskap om pasientens normative adferd. Videre er sykepleierens kunnskap om smertekartleggingsverktøy og kunnskap om smerteuttrykk viktig. Forskning viser til at ulike kartleggingsverktøy mangler tilstrekkelig bevis på klinisk nytte, gjennomførbarheten, validitet og behovet for videre utvikling av dem.

Nøkkelord: Langt kommen demens, smertekartlegging, smertebehandling og smerteuttrykk

Summary

Title: Pain relief for people with advanced dementia.

Research question: How can a nurse contribute to good pain relief for people with advanced dementia?

Background: The incidence of dementia is increasing with-in Norwegian nursing homes. Research shows that 40-60% of people with dementia regularly experience pain. Patients with dementia gradually lose the ability to express pain and this makes pain relief challenging.

Purpose: The purpose of the thesis is to shed light on how nurses can help relief pain for people with advanced dementia in nursing homes.

Method: Literature study. The thesis includes research articles from MedLine and BioMed Central.

Result: The results in the research articles indicate that the prevalence of pain in people with advanced dementia is high. Pain mapping and pain treatment have been shown to be challenging in this patient group. Studies show that healthcare professionals' knowledge of the patient's normative behavior is important in pain mapping. Research recommends observation-based pain mapping. There are countless pain mapping tools in the health and care sector, and the most used tools are Doloplus-2 and MOBID-2.

Conclusion: To answer the research question, the thesis has focus on the relationship between patients and nurses. A good relationship provides a prerequisite for identifying the patient's pain. Effective pain management is a systematic process that requires multidisciplinary collaboration and knowledge of the patient's normative behavior. Furthermore, nurses' knowledge of pain mapping tools and pain expression is important. Research indicates that various mapping tools lack sufficient evidence of clinical benefit, feasibility, validity, and the need for further development of them.

Keywords: Advanced dementia, pain mapping, pain treatment, and pain expressions.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. PRESENTASJON AV TEMA.....	1
1.2. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.3. HENSIKT OG MÅL.....	2
1.4. AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	2
1.5. BEGREPSAVKLARING.....	2
2. TEORI	4
2.1. KARI MARTINSEN SIN OMSORGSFILOSOFI.....	4
2.2. PERSONSENTRERT OMSORG.....	4
2.3. DEMENS.....	5
2.4. PASIENT-SYKEPLEIE-RELASJON MED PERSONER MED DEMENSLIDELSE.....	6
2.5. SMERTE.....	6
2.5.1. Smerte hos personer med demens.....	7
2.5.2. Smertekartlegging hos personer med alvorlig grad av demens.....	7
2.6. SYKEPLEIE VED SMERTE.....	8
2.7. SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY.....	9
2.7.1. Doloplus-2.....	9
2.7.2. MOBID-2.....	9
2.8. SMERTEBEHANDLING HOS PERSONER MED LANGT KOMMET DEMENS.....	9
2.8.1. Medikamentell behandling.....	10
2.8.2. Ikke medikamentell behandling.....	11
2.9. AUTONOMI I DEMENSOMSORGEN.....	11
3. METODE	13
3.1. BESKRIVELSE AV METODE.....	13
3.2. LITTERATURSTUDIE.....	13
3.3. FREMGANGSMÅTE.....	13
3.4. METODEKRITIKK.....	16
3.4.1. Vurdering av egen oppgave.....	16
3.4.2. Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	17
3.4.3. Etikk i oppgaveskriving.....	18
4. RESULTAT	19

4.1.	PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	19
4.1.1.	Artikkel 1.....	19
4.1.2.	Artikkel 2.....	19
4.1.3.	Artikkel 3.....	20
4.1.4.	Artikkel 4.....	21
4.2.	ANALYSE AV RESULTATENE	22
5.	DRØFTING	23
5.1.	BETYDNINGEN AV PASIENT-SYKEPLEIER-RELASJON VED SMERTELINDRING.	23
5.2.	OBSERVASJONSBASERT SMERTEKARTLEGGING	26
5.3.	SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY	29
5.4.	SMERTELINDRING.....	32
6.	KONKLUSJON.....	34
7.	REFERANSER.....	35
8.	VEDLEGG.....	40
8.1.	VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE.....	40
8.2.	VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	40
8.3.	VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE.....	41
8.4.	VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISE.....	42
8.5.	VEDLEGG 6: MOBID-2 SMERTESKALA	43
8.6.	VEDLEGG 7: DOLOPLUS-2 SMERTESKALA	44
8.7.	VEDLEGG 8: PICO-SKJEMA	46

1. Innledning

1.1. Presentasjon av tema

Skovdahl (2020, s. 419 – 427) påpeker at demens er et utbredt syndrom i primærhelsetjenesten. Hvert år er det ca. 9000 nye personer som får diagnosen demens. Helsedirektoratet (2019 a) fastslår at forekomsten av demens i norske sykehjem er økende, og i overkant av 80% av de som har langtidsplasser i sykehjem har demenslidelse. Wagastuma, et al. (2021) påpeker at 40-60% av sykehjemspasienter med demens opplever regelmessig smerte, det vil derfor være et økende behov for god smertelindring hos denne pasientgruppen i årene fremover. Pasienter med langtkommet demenslidelse mister etter hvert evnen til å tolke indre og ytre sanseinntrykk. Smerteuttrykk vil også være forskjellig fra person til person. Studiet til Wagatsuma et al. (2021) påpeker at i sent stadium av demens, når ulike funksjoner som språk og daglig funksjon er svekket, blir vurdering av akutt og/eller kronisk smerte, smerte sted, smerte intensiteten og effekten av ulike behandlinger utfordrende.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

I forbindelse med sykepleiestudiet og arbeid har jeg møtt mange pasienter med alvorlig grad av demenslidelse. Gjennom dette har jeg observert akutte eller gradvis endringer i pasientens adferd som kroppslig og verbal uro, inaktivitet, vandring og forandret døgnrytme. Jeg observerte også at det ikke var stilt mye spørsmål til pasientens forandret adferd og hva som kan være årsaken til dette. Dette gjorde et sterkt inntrykk og derfor har jeg valgt å fordype meg i hvordan sykepleiere kan identifisere smerte og bidra til smertelindring. Smertelindring er et tema jeg anser som viktig da smerte blant annet kan føre til en lavere livskvalitet, dårligere fysisk aktivitet og adferdsmessig og psykologiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2019a).

God sykepleie til denne pasientgruppen vil være avhengig av helsepersonells evne til å tolke de ikke-verbale uttrykkene som kan indikere smerte. Forskingen til Wagatsuma et al. (2021) påpeker at smertevurdering hos denne pasientgruppen er mer effektiv når den er basert på observasjon av pasientens adferd under daglige bevegelser og rutiner. Jeg anser derfor personsentrert omsorg som et verktøy for å yte god omsorg til denne pasientgruppen. I

oppgaven utføre jeg et systematisk søk i ulike databaser, og undersøke hvordan sykepleiere kan yte god smertelindring.

1.3. Hensikt og mål

Oppgaven har to formål, det første er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til smertelindring hos personer med langtkommet demenslidelse. Det andre er for å utvikle min kunnskap om smertevurdering og smertelindring hos denne pasientgruppen.

1.4. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertelindring hos personer med alvorlig grad demenslidelse?

1.5. Avgrensning og presisering av problemstillingen

I denne oppgaven er det hovedfokus på personer med langtkommet demenslidelse på institusjon. Problemstillingen tar for seg alle typer demens men det er fokus på pasienter som ikke har evne til å formidle smerte verbalt. I forbindelse med dette skal jeg gjøre rede for hvordan sykepleiere kan drive observasjonsbasert smertekartlegging for så å gi tilstrekkelig smertebehandling. I oppgaven er begrepene «alvorlig grad demens» og «langtkommet demens» brukt som synonymer.

1.6. Begrepsavklaring

Demens: er en fellesbetegnelse på forskjellige hjernesykdommer som påvirker evnen til å huske, adferd og utføre dagligdagse aktiviteter (Skovdahl, 2020).

Smerte: den internasjonale foreningen for smerteforskning definerer smerte som en «ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse eller erfaring knyttet til en faktisk eller mulig vevsskade» Husebø, Samdal & Erdal (2020)

Smertebehandling: handler om å lindre smerte, med mål om å bedre livskvalitet og funksjonsstatus. Dette kan være medikamentelt eller ikke-medikamentell (Torvik & Sandvik, 2020, s.342).

Personsentrert omsorg: Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg (Kirkevold, 2020, s. 99).

2. Teori

2.1. Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og filosof som er kjent for sin omsorgsfilosofi. Omsorgsfilosofien bygger på en verdioppfatning der relasjon blir sett på som fundamentalt i menneskets liv (Martinsen, 2003, s. 75). Martinsen påpeker at omsorg er et mål i seg selv og er nær knyttet til personens subjektive opplevelse av helse, velvære og livsmot.

Martinsen (2003, s. 76) hevder at omsorg har tre dimensjoner. En relasjonell, praktisk og moralsk dimensjon. Den relasjonelle dimensjon handler om at omsorg er en sosial relasjon mellom to personer og noe som ligger naturlig i oss alle. Martinsen påpeker at en må gå grunnleggende inn i sykepleie-pasient-relasjon for å forstå hvordan en kan ta ansvar for et menneske som er syk. Teorien beskriver at sykepleien er viktig i situasjoner der sykdom, funksjonshemming og lidelse er til stede. Det å knytte bånd og bygge opp en relasjon der likeverdighet står sentralt er grunnleggende. Martinsen beskriver at forståelsen for den andres situasjon er vesentlig. Sykepleien skal bygge på fagligkjønn og erfaringer sykepleieren har som medmenneske. Sykepleieren skal forstå den syke fordi livet for alle har flere likhetstrekk, og at sykepleien ut ifra sin egen erfaringer kan gjenkjenne situasjonen pasienten befinner seg i.

Martinsen (2003, s. 15-17) skriver at pasienten må gjøres til en aktiv deltaker. Ved å gjøre miljøet og situasjonen mellom dem til en trygg og kjent relasjon kan sykepleien yte god omsorg til pasienten. Slik har omsorg gjennom handlinger også en praktisk side. Martinsen påpeker at omsorgsfulle handlinger i pleiesituasjon må gjennomføres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse, likeverd, respekt og følelsen av å bli ivaretatt. Dette forutsetter at sykepleieren handler med en praktisk-moralsk klokhet. Det er viktig at sykepleieren lytter og bruker sine sanser for å forstå den andres situasjon. Dette påpeker Martinsen skjer over tid.

2.2. Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg (Kirkevold, 2020, s. 99). De grunnleggende prinsippene innenfor personsentrert omsorg er fokus på det enkelte mennesket som et helhetlig og unikt individ i hverdagslivet. Det er fokus på å gjøre pasienten til en aktiv deltaker og respekt for personen bak sykdommen er fundamentalt. Rokstad bruker de fire delene i VIPS-modellen for å definere begrepet (Rokstad, 2021, 111-112). Dette innebærer: V: verdsetting av mennesket, I: individuell tilpasset omsorg, P: personverns perspektiv og S: sosialt miljø. Rokstad påpeker at mennesker eksisterer i relasjon til hverandre, og relasjon mellom omsorgsgiver og pasienten er grunnlaget for all behandling. I dette fellesskapet skal pasientens egne synspunkter og ønsker bli verdsatt basert på gjensidig tillit, en ikke dømmende holdning og tilstrebe likeverd. Personsentrert omsorg har i økende grad blitt beskrevet som den foretrukne tilnærmingen for god demensomsorg (Rokstad, 2021, s. 30).

2.3. Demens

Begrepet demens blir brukt som samlebetegnelse på ulike sykdommer og skader som medfører til kognitiv svikt og funksjonstap (Skovdahl, 2020, s. 419 - 421). Demens kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, som kjennetegnes ved kroniske og irreversible kognitive svikt (Tretteteig, 2016, s. 13 -15). Det er vanlig å dele demens inn i tre hovedgrupper: primær degenerativ sykdom, vaskulær demens og sekundær demens. Demens er et progressivt syndrom, som vil si at symptomene utvikler seg over tid og forverres.

Demens kan føre til kognitive og nevropsykiatriske symptomer. De fremtredende kognitive symptomene ved demens er endring i adferd, redusert hukommelse, lærevansker, vanskeligheter for å orientere seg for tid og sted, redusert evne til å til å forstå og oppfatte sanseopplevelser eller handlinger. Den kognitive svikten påvirker også språket som fører til språkvansker, som videre kan påvirke evnen til å tenke logisk, oppfatte språk og ha god talefunksjon. Nevropsykiatriske symptomer er brukt for å beskrive adferdsmessige og psykologiske symptomer. Dette innebære symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, angst, apati og agitasjon. Agitasjon som generell uro, vandring, ukarakteristiske repeterende bevegelser eller lyder, roping, banning, sparking, slåing og biting er kjent adferd for personer med demens. Ut ifra dette kan vi inndele demens i tre ulike grader: mild, moderat og alvorlig grad av demens (Skovdahl, 2020, s. 420 - 421).

2.4. Pasient-sykepleie-relasjon

Kommunikasjon er grunnleggende i all omsorg, spesielt i demensomsorgen (Holthe & Tretteteig, 2016, s. 259). Forskning viser at god kommunikasjon i demensomsorgen handler om å skape en relasjon, struktur og faste rutiner. Dette øker forutsigbarheten og tryggheten for personer med demens. Kristoffersen og Nortvedt påpeker at sykepleieren må se den andre personens, behov, ønsker og interesser som en kilde i kraft av relasjon (Kristoffersen og Nortvedt, 2020, s. 68-69). I dette forholdet har sykepleieren et ansvar for å tilrettelegge for et terapeutisk mellommenneskelig bånd. Det er vist at i eldreomsorg har god relasjon mellom pasient og omsorgspersonen stor betydning for pasientens restitusjon og livskvalitet. Demenssymptomer som hukommelsestap, oppmerksomhetsvansker og språkvansker påvirker evnen til å kommunisere (Kaufmann G & Kaufmann A, 2003). Dette kan føre til at personen blir mer sårbar for ting i omgivelsene som virker distraherende. Det kan for eksempel være lyder fra radio, tv og oppvaskmaskinen. Derfor kan det være viktig å tilrettelegge omgivelsene slik at kommunikasjonen blir best mulig.

I møte med en person med kognitiv svikt er det viktig å tone seg inn på den andre, ta utgangspunkt i det den andre er opptatt av, og å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 326 -327). Eide & Eide viser til at eldre med demenslidelse kan være urolig, noe som gjør personsentrert kommunikasjon, fleksibilitet og evne til å gripe øyeblikk og respondere raskt spesielt viktig. Brodtkorb påpeker at en forutsetning for å skape relasjon er fysisk berøring. Fysisk berøring er et grunnleggende behov hos mennesker, særlig hos personer med demenslidelse er det en viktig kommunikasjonsform (Brodtkorb, 2020, s. 179). Fysisk berøring retter seg mer mot det emosjonelle enn mot det kognitive, og berøring er godt egnet til å uttrykke positive følelser som sympati og empati.

2.5. Smerte

McCaffery og Beebe (1998) definerer smerte som en subjektiv og personlig opplevelse. Smerte er det pasienten sier det er, når og hvor som helst personen sier det er. Smerte ble igjen definert på nytt i 2020 av den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP)

smerte er en «ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse eller erfaring knyttet til en faktisk eller mulig vevsskade» (Husebø, Samdal & Erdal (2020). Husebø et al beskriver også at smerte er kompleks og sammensatt, og består av så vel fysiske som psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle faktorer. Forekomsten av smerte øker med alderen og andelen med smerte hos sykehjemspasienter er mellom 45- 83%. Smerte deles i kronisk og akutt smerte.

2.5.1. Smerte ved demens

Generelt er forekomsten av sykdom økende med alder, og mange av disse sykdommene har smerte som et dominerende symptom (Torvik & Bjøro, 2008, s. 108). Årsaken til smerter kan være så mangt, muskel og skjelettplager er de fremtredende årsakene. Når en demenslidelse utvikler seg, påvirker det personens smerteopplevelse og evne til å sette ord på smertestimuli. (Winger & Leegaard, 2016, s. 185). Ifølge Torvik & Bjøro (2008, s. 108) har skrøpelige eldre med demenslidelse ikke evne til å fylle ut et stort og komplisert undersøkelsesskjema uten hjelp fra andre. Det er derfor grunn til å anta at den reelle forekomsten av smerte hos denne gruppen eldre kan være høyere.

Selvrapportering er vist til å være den eneste metoden som gir oss et nøyaktig mål på hvor smertepreget en person er (Winger & Leegaard, 2016, s. 185). Når demenslidelse utvikler seg, vil personen får redusert evne til å huske eller uttrykke smerte. Derfor vil det være nødvendig med smertevurdering som er basert på observasjon av adferd som kan indikere smerte.

2.5.2. Smertekartlegging

Dahm & Waldemar (2019) påpeker at smertekartlegging blir utfordrende med økende alvorlighetsgraden av demens. Målet med systematisk smertekartlegging er at den enkelte pasienten skal få best mulig smertebehandling. Pasientens manglende evne til uttrykke smerte, bidra til at smerte kan komme til uttrykk gjennom endringer i adferd. Helsedirektoratet (2019, s. 4-5) hevder at utredning av smerte bør baseres både på pasientens selvrapportering og observasjon av pasientens adferd. Videre viser Dahm & Waldemar (2019, s.163) til adferdsmessig og psykologiske symptomer som kan indikere smerte.

- Ansiktsuttrykk: mørkt og trist blikk, grimaser, rynker i panne og kniper øynene sammen og løfter på øyenbryn.
- Verbaluttrykk: sukking, jamring, stønning, utrop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop, uttrykker klart og tydelig at de har vondt.
- Kroppsholdning/bevegelser: motorisk urolighet, endring i mobilitet eller gange, stivhet, beskyttende kroppsbevegelser, anspent tonus, gnikkende og masserende bevegelser.
- Forandring i mellommenneskelig samhandling: aggresjon, motsetter seg pleie, minkende sosiale interaksjoner, avslår menneskelig kontakt og tilbakeholden.
- Forandring i den mentale tilstanden: trekker seg vekk, gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet og fortvilelse.
- Forandring i aktivitetsmønster og rutiner: matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, økt rastløshet og vandring.
- Autonome endringer: stigning i puls og blodtrykk, blek, svetting og takypné

Smerteadferd kan være svært forskjellig fra person til person. Derfor er det en fordel å bruke helsepersonell og familiens kjennskap om pasienten til å vurdere adferds relatert uttrykk. Dahm & Waldemar (2019) fremhever også at de ulike adferdene nevnt over ikke nødvendigvis trenger å bety at det er tegn til smerte. Slike adferdsendringer kan bety andre forhold enn smerte for eksempel som bivirkning av medisiner, psykososiale forhold til pleiepersoner og/eller uttrykk for selve demenssykdommen.

Hvordan smerte kartlegges vil være avhengig av om pasienten har akutte smerter eller kroniske smerter (Werner & Nielsen, 2019, s. 84-91). Ved akutte smerter vil det være nødvendig med å identifisere smerteintensiteten, årsak til smerten samt type smerte. Ved kronisk smerte er det nødvendig å identifisere hvordan smerten påvirker pasienten og hvordan pasienten mestrer å leve med smerter.

2.6. Sykepleie ved smerte

Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer viser til at sykepleieren har et ansvar for å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Smertekartlegging er en av sykepleierens forebyggende, lindrende og behandlende funksjon (Torvik & Bjøro, 2020, s. 393). Torvik & Bjøro påpeker at smerte ofte refereres som det femte vitale tegn, og må derfor

kartlegges og dokumenteres på lik linje med andre vitale målinger som: blodtrykk, temperatur, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens.

2.7. Smertekartleggingsverktøy

Helsedirektoratet (2019 b) påpeker at det er utviklet flere smerte kartleggingsverktøy, men ulike studier gir lite grunnlag for å anbefale et verktøy fremfor et annet. Helsedirektoratet hevder at observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er nødvendig hos pasienter med lang kommet demenslidelse. Kartleggingsverktøy som Doloplus- 2 og MOBID-2 er blant de verktøyene som er blitt testet ut i norske forhold.

2.7.1. Doloplus-2

Doloplus-2 er et fransk instrument som er utviklet for å kartlegge kronisk smerte hos eldre som ikke har evne til selvrapporing (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Den kartlegger områdene som: ansiktsuttrykk, verbalisering og vokalisering, kroppsbevegelser, endring i mellommenneskelige samhandling, endring i aktivitetsmønster og endring i mental status. I samsvar med retningslinjene til The American Geriatric Society (Winger & Leegaard, 2016, s. 185-186). Instrumentet er utprøvd på personer med demenslidelse i sykehjem og resultatet viser at Doloplus-2 kan være et nyttig hjelpemiddel hos denne pasientgruppen.

2.7.2. MOBID-2

MOBID-2 er en smertekartleggingsverktøy som er basert på observasjon under mobilisering (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). Verktøyet er tilpasset pasienters hverdagsituasjon i sykehjem og egner seg best til kartlegging av muskel og skjelettrelaterte smerter. Dette er på grunn av smerter ofte utløses ved bevegelse. MOBID-2 legger vekt på pleiepersonalets observasjoner av smerteadfærd. MOBID-2 bør administreres av helsepersonell som kjenner pasienten normale adferd (Husebø, Samdal & Erdal, 2020, s. 246-247).

2.8. Smertebehandling

Utredning av smerte er vesentlig for å tilby god smertebehandling (Helsedirektoratet, 2019, s. 5). Et tverrfaglig samarbeid og ansvar som inkluderer pasienten, pårørende, sykepleier, lege, fysioterapeut, miljøterapeut og øvrig pleiepersonell er en forutsetning for å tilby god smertebehandling (Husebø, Samdal & Erdal, 2020, s. 247 -249). Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer understrekker at sykepleien skal bygge på brukerkunnskap (Norsk sykepleieforbund, u.å.) En individuell behandlingsplan som innebærer trinnvis tilnærming, bruk av legemidler, jevnlig vurdering av effekten av medikamentell behandling og fortrinnsvis nedtrappingsplan har vist seg til å være en forutsetning for tilstrekkelig behandling. Husebø, Samdal og Erdal påpeker at en tverrfaglige behandlingsprogrammer som kombinerer medikamentelle og ikke medikamentelle behandling, bør være fremtidige tilnærmingen i praksis.

2.8.1. Medikamentell behandling

Medikamentell smertebehandling er den vanligste formen for behandling av smerter (Häikiö, 2015, s. 46). Jevnlig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging av eldre pasienter med flere sykdommer, er en forutsetning for å kunne redusere omfang av smerte, bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Dette kan begrunnes med at eldre får lettere opphoping av medisiner i kroppen på grunn av mindre fettlag, dårligere utskilling i nyrene og svekket omsetning i leveren. Derfor er det viktig at helsepersonell hyppig kontrollere virkning og bivirkning. Det er også viktig å forta seponering av legemidler når det ikke lenger er behov for.

Akutte smerter med liten til moderat smerte skal behandles med ikke opioide analgetika, som NSAID-preparater og Paracetamol dersom det ikke foreligger større bløtdelsskade, bruddskade, hjerteinfarkt osv. (Danielsen, Brentzen & Almås, 2021, s. 395). Opioider har mange bivirkninger, som kan forsinke sykdomsforløpet og har hyppig uønskede bivirkninger som: kvalme, obstipasjon og respirasjonsdepresjon. Det anbefales derfor at en sparer opioider til sterkere smerter.

Kroniske smerte er et omfattende problem og kan ofte ikke helbredes (Danielsen, Brentzen & Almås, 2021, s.417-419). Det anbefales derfor å endre smerteopplevelsen, ved å kombinere medikamentell behandling som holder smerten i sjakk og ikke-medikamentell behandling for å endre smerteopplevelsen. Ved kronisk smerte er det paracetamol og NSAIDS-preparater som er førstevalget, og opoider ved sterke smerter. Häikiö (2015) påpeker at en del eldre er satt på smertestillende medisiner som skal gis ved behov. Utfordringen med dette er at det kan være vanskelig når pasienten av ulike årsaker ikke har evne til å utrykke smerte. Derfor kan det være fornuftig å forordne faste medisiner til faste tiden.

2.8.2. Ikke medikamentell behandling

Smerte er et komplekst fenomen sammensatt av tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og erfaringer gjennom livet (Winger & Leegaard, 2016, s. 190). Derfor er det ikke alltid nok med medikamentell behandling. Det finnes i dag ulike ikke-medikamentelle smertelindrende intervensjoner. Der hensikten er å avlede pasienten vekk fra smerten, slik at smerteopplevelsen endres.

- Musikk, stimulering og avleiring: musikk som avledning er kjent i smertelindring i ulike situasjoner hos personer med demenslidelse.
- Fysisk berøring/massasje: har vist seg å kunne ha en angstdempende og smertelindrende effekt.
- Tankereise eller visualisering: innebærer at pasienten i tankene fremkaller mentale bilder eller forestillinger og dermed flytte fokuset fra smerten.
- Aktivitet og fysioterapi: innebærer at pasienten aktiviseres.
- Varme og kulde: ved å påvirke temperaturen i fibre kan man hemme impulsoverføringen av smerte i ryggmargen.

2.9. Autonomi i demensomsorgen

Rokstad (2006) påpeker at «Personen med demenslidelse er først og fremst et menneske, og menneskets grunnleggende ukrenkelighet må være overordnet all beslutning».

Autonomi handler om en persons rett til å bestemme over seg selv (Solheim, 2015, s. 81- 85). Autonomiprinsippet beskriver at hvert enkelt menneske er unikt og har handlingsfrihet. Ifølge pasient-og brukerrettighetsloven § 4-1 skal helsehjelp gis kun med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1 påpeke at helsehjelp skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Solheim (2015) skriver at personer med demenslidelse kan lett la seg overtale eller forlede av nærmeste eller helsepersonell. Et begrep som er brukt for å beskrive en slik situasjon er paternalisme og svak paternalisme. Paternalisme betyr «far bestemmer» (Solheim, 2015, 86). Utrykket beskriver situasjoner hvor helsepersonell påtvinger, bestemmer over eller tar valg for en person, og har en jeg «vet best»- holdning. En tar seg retten til å bestemme hva som er best for den andre. Lov om pasient-og brukerrettighetsloven viser til at avgjørelsen som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være bestemte av særskilt lovbestemmelse (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3)

3. Metode

3.1. Beskrivelse av metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten man bruker for å samle inn data, informasjon og kunnskap man trenger til å gjøre en undersøkelse og belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 51- 56). Metode bidrar til å fremme ny kunnskap og undersøke i den grad elementer i påstanden er pålitelig, gyldig eller holdbare.

3.2. Litteraturstudie

En litteraturstudie er en arbeidsmetode som systematiserer eksisterende kunnskap for å belyse et gitt tema (Thideman, 2017, s. 79 - 81). Det innebærer å samle inn litteratur og dermed gjøre kritiske vurdering og velge ut aktuell kunnskap. Hensikten med litteraturstudie er for å gi lesere en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på den gitte problemstillingen. I litteraturstudie er det seks trinn innenfor fremgangsmåten. Disse innebærer å formulere en presis og avgrenset problemstilling, foreta et systematisk søk i ulike databaser og undersøke og analysere all tilgjengelig forskning for et gitt tema. Videre skal man systematisk vurdere om litteraturen er valid og pålitelig. En slik systematiske tilnærminger til søkeprosessen er nødvendig for å sikre høy kvalitet på studiet.

3.3. Fremgangsmåte

I oppgaven blir det brukt anerkjente databaser som MeLine og BioMed Central for å finne frem til aktuelle forskningsartikler. BioMed Central er en database som inneholder fagfellevurderte artikler innenfor vitenskap, teknologi, ingeniørvitenskap og medisin (Høgskolen på Vestlandet, u.å.). MedLine er en database som inneholder litteratur-data innen helsefag og biomedisinsk forskning, og dekker forskning innenfor sykepleie, medisin osv. For å utføre et systematisk litteratursøk er det brukt PICO- skjema fra Helsebibloteket.no, for å komme frem til aktuelle søkeord. I søkene er det brukt engelske ord for å nå flere forskningsartikler. I søkeprosessen er det benyttet ulike søkeord og gjerne i kombinasjoner. Nøkkelordene som er brukt er: dementia, pain assessment, pain, pain mapping tool, pain identification, pain management, nursing care, nursing assessment, nursing homes, nursing, nursing process, nonverbal expression, nonverbal patient or patient and nursing relationship.

Inklusjonskriterien som er brukt i forbindelse med ulike søk er publisert mellom 2011-2022, tilgang til fulltekst og fagfellevurdert. Ut ifra søkene skumleste jeg artiklenes tittel og sammendrag for så å plukke ut de mest relevante artiklene for problemstillingen.

Søkeprosessen var utfordrende i starten. Det var krevende å finne aktuell litteratur som omhandlet spesifikt om demens, smertebehandling og smertekartlegging. Det er også brukt søkemotorene OR og AND mellom flere søkeord i søkeprosessen for å utvikle søkestrategien (Thidemann, 2019, s. 87).

Søk i BioMed Central, 02.02.2022				
søknr	Søkeord	Avgrensning	Resultat	Utvalgt artikler
S1	Dementia		17012	<ul style="list-style-type: none"> - An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool - Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review
S2	(dementia)and (Pain assessment)		3509	
S3	(dementia)and (Pain assessment)and(pain mapping tool)		1288	
S4	(dementia)and (Pain assessment)and(pain mapping tool)and(nursing care)		854	
S5	(dementia)and (Pain assessment)and(pain mapping tool)and(nursing care)and(nonverbal expression)		11	

Søk nr. 6 ga treff på artiklene: «An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool” (Corbett et al. 2014) og “Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review” (Rostad et al. 2017). I artiklene blir smertekartleggingsverktøyene PAIC og Doloplus-2 diskutert, noe som er relevant for å belyse problemstillingen.

Søk i MedLine. 17.02.2022				
Søke nr	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt artikler
S1	Dementia		57058	How, Why and Where it Hurts— Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients with Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial
S2	Nursing assessment/or Nursing homes/or Nursing/or Nursing process/or Nursing Care		129897	
S3	Pain measurement		208652	
S4	S1 AND S2 AND S3		222	
S5	Pain		141411	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S5		179	
S7	Pain Management		38720	
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S5 AND 7	Full tekst, Publication between 2012- 2022, Peer Reviewd	38	

Søk nr.8 ga treff på artikkelen: « How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients with Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial” (Wagatsuma et al. 2021). Artikkelen ble valgt på grunn av den ser på sammenhengen mellom smerte, livskvalitet og smertekarlegging.

Søk i BioMed Center. 03.02.2022				
Søknr.	søkeord	Avgrensing	Resultat	Utvalgt artikkel
S1	Patient and nursing relationship		31874	Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study
S2	(Patient and nursing relationship) and(dementia)		3487	
S3	(Patient and nursing relationship) and(dementia)and(pain assessment)		1203	
S4	(Patient and nursing relationship) and(dementia)and(pain assessment)or(pain identification)		21133	
S5	(Patient and nursing relationship) and(dementia)and(pain assessment)or(pain identification)and(nursing home)		4202	
S6	(Patient and nursing relationship) and(dementia)and(pain assessment)or(pain identification)and(nursing home)and(nonverbal patients with dementia)		26	

Sør n2. 6 ga treff på artikkelen: « Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study” av (Jansen et al. 2017). Artikkelen ble vagt på grunn av den belyser hvordan helegarbeideres kunnskap kan bidra til smertevurdering.

3.4. Metodekritikk

3.4.1. Vurdering av egen oppgave

De utvalgte artiklene og teorien som er brukt i denne oppgaven anser jeg som relevante for å belyse problemstillingen. Teorien om Kari Martinien som er benyttet i oppgaven er fra 2000 og 2003. Dette anser jeg likevel som relevant fordi boken er en primærkilde.

Forskningsartiklene som er brukt er oppdatert kunnskap og er mindre enn 10 år gamle. Alle artiklene har grunnlag på den vestlige delen av verden noe som ikke påvirker den praktiske overførbarheten, på bakgrunn av kulturelle forskjeller og synspunkter. I litteratursøket ble det benyttet utvalgte søkeord for å finne relevante forskningsartikler som belyser problemstillingen. I forhold til valget av metodene i forskningsartiklene, ble det brukt ulike studiemetoder. Tanken bak dette er at ulike metoder kan belyse problemstillingen med ulike perspektiver. Forskningsartiklene i oppgaven er publisert på engelsk, noe som kan føre til feiltolking.

3.4.2. Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen man har funnet (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152). Hensikten er å vurdere gyldigheten, den metodisk kvaliteten og overførbarheten av studiet.

I kritisk vurdering av de ulike forskningsartiklene har jeg sett etter om de følger IMaD-struktur. IMRaD-struktur er mye brukt for oppbygging av forskningsartikler (Thidemann, 2019, s. 67). Det innebærer introduksjon, metode, resultat og diskusjon i en forskning, og bidrar til å gi informasjon av innholdet i forskningen. Samtlige artikler som er valgt for oppgaven følger denne strukturen. Det er også brukt ulike sjekklister fra Helsebiblioteket for å vurdere den metodiske kvaliteten av artiklene. Ved å bruke sjekklister vurderer man om artikkelen har en tydelig formulert problemstilling, om resultatene er gyldige og om resultatene er aktuelle i forhold til praksis (Helsedirektoratet, 2016). Ut ifra artiklene som er valgt for denne oppgaven konkluderes det med at de har en tydelig formulert problemstilling og en tydelig hensikt og relevant resultat for å belyse oppgavens problemstilling.

Det er fokus på hvor artiklene er publisert, med tanke på kulturelle forskjeller som kan påvirke resultatenes overførbarhet i praksis. Artikkelen til Wagatsuma et al. (2021) er en norsk studie. Artiklene til Jansen et al. (2017), Corbett et al. (2014) og Rostad et al. (2017) er også fra den vestlige delen av verden. I litteraturgjennomgangen til Corbett et al. (2014) og Rostad

et al. (2017) blir det beskrevet forskningsartikler fra andre forskere i ulike tidsperioder. Studiene følger IMRaD-strukturen og er publisert i et fagfellevurdert tidsskrift.

I oppgaven er det brukt ulike fagbøker og artikler. Dalland påpeker at lærebøker kan gi oversikt over faget, men er ikke tilstrekkelig til bruk på en større oppgave (Dalland, 2017, 154). Det er derfor brukt nyere utgaver av litteraturer for å sikre oppdatert kunnskap.

3.4.3. Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk handler om vurdering av forskning opp mot normer og verdier i samfunnet, i tillegg til å sikre og ivareta personvern for de som deltar i forskningen (Dalland, 2020, s. 168). Hensikten med forskning er å finne ny kunnskap og innsikt og dette må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Studiet til Jansen et al (2017) er etisk godkjent fra Office for Research Ethics Committees Northern Ireland (ORECNI). I studiet til Wagatsuma et al (2021) er det blitt innhentet samtykke fra pasientene og pårørende. Her er deltakerne anonyme og personvern ivaretatt. I studiet til Corbett et al. (2014) og Rostad et al. (2017) var det ikke aktuelt med etisk godkjenning grunnet det er en litteraturgjennomgang studie.

Oppgaven bruker litteratur fra andre kilder. For å unngå plagiat og gi leseren muligheter til å utføre etterprøving er det viktig å referere på rett måte, slik at det er korrekt henvisning til kilden (Dalland, 2020, s. 161-162). Derfor bygger denne oppgaven på anerkjent teori og forskningslitteratur, hvor oppgaven har referert korrekt oppimot hvor kilden er hentet fra, samt fulgt kravene til kildehenvisning.

4. Resultat

4.1. Presentasjon av forskningsartikler

4.1.1. Artikkel 1

“Exploring healthcare assistants’ role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study” (Jansen et al., 2017). Det er en kvalitativ studie, som ble publisert i BioMed Center i 2017.

Bakgrunn for valg av tema er at smertevurdering og behandling er generelt utfordrende hos personer med demenslidelse, spesielt når pasientens selvrapporderings evne er svekket. Studiet utforsker helseassistenters rolle, perspektiver og erfaringer i smertevurdering hos personer med demenslidelse. Det ble brukt en tematisk analyse for å tolke intervjuene og data ble samlet inn mellom 2014-2015.

Studiet påpeker at helseassistenter ofte var de første som la merke til en endring i pasienten som kunne antydte skjult årsaker til smerte. Dette kan være på grunn av at helseassistenter er de som arbeider nærmest pasienten, og her mye fysisk og sosial kontakt med pasientene sammenliknet med andre helsepersonell. Denne pasientkunnskapen gjør deltageren i stand til å observere ikke-verbale indikasjoner på smerte. Studiet påpeker at standardisert smertevurderingsverktøy gir et organisert format som helsepersonell kan bruke for å estimere smertescore til hver adferds indikator og gi en total score for pasientens smerte. Studiet påpeker også at vanskeligheter knyttet til bruk av de ulike verktøyene og begrunner dette med overlapping av adferds indikatorer som ikke er smerterelatert tilstand. Studiet påpeker at hos personer med demenslidelse anbefales helsepersonell å observere adferdsmessige og ikke-verbale signaler som: grimaser, rynker, lyder, stønning, agitasjon og aggresjon.

4.1.2. Artikkel 2

«How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients with Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial” (Wagatsuma et al., 2021). Det er et tverrsnitt studie, som ble publisert i MedLine i 2021.

Bakgrunnen for studie er at 40-60% av sykehjems pasienter med demenslidelse lider av kronisk og akutte smerter til tross for økt utskrivning av smertestillende legemidler. Videre er hensikten med studiet å undersøke lokalisasjon, årsak og intensiteten av smerte hos sykehjemspasienter med demenslidelse og undersøke om det er en sammenheng mellom livskvalitet og smerte.

Forskningen påpeker at det å finne passende smertebehandling er en av de fremtredende utfordringen innenfor demensomsorgen. Studiet påpeker at nesten 34% av pasientene med alvorlig grad av demenslidelse opplever smerte til tross for bruken av smertestillende legemidler og 69% rapporterte signifikant smertesteder, ofte relatert til muskel- og skjelettsystemet, kreft og osteoporose. Studiet viser til at årsaken for dette kan skyldes små doser, bruk av feil type av analgetika eller feil behandling. Studiet påpeker også at i sent stadium av demens, når ulike funksjoner som språk og daglig funksjon er svekket, blir vurdering av smerte, smerte lokalisasjon, intensitet og effekten av ulike behandlinger mer utfordrende. Forskning antyder at smertevurdering hos denne pasientgruppen er mest effektiv når den er basert på observasjon av pasientens adferd under daglige bevegelser og rutiner. Studiet fremhever at ved smertebehandling er det en forutsetning med et tverrfaglig samarbeid.

4.1.3. Artikel 3

“An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool.” (Corbett et al., 2014) er en litteraturgjennomgang publisert i BioMed Central i 2014.

Bakgrunnen for studie er at smerte er vanlig hos personer med demenslidelse, og identifisering av smerte er utfordrende. Det finnes i dag en rekke smertevurderingsverktøy tilgjengelig og studiet undersøker verktøyenes gjennomførbarhet, kliniske nytte og brukervennlighet av eksisterende observasjonsverktøy. Studiet påpeker at mange av verktøyene mangler tilstrekkelig bevis på disse områdene.

I studiet ble 12 smertekartleggingsverktøy identifisert, og ulike elementer for smertevurdering ble kategorisert. Det ble identifisert 3 hovedområder som de mente var mest lovende:

ansiktsuttrykk, vokalisering og kroppsbevegelse i samsvar med «American Geriatrics society» retningslinjer. Dette ble brukt for å videre utvikle verktøyet Pain assessment in impaired cognition (PAIC). Med dette var målet å utarbeide større omfattende verktøy for å gi ytterligere resurser for vurdering av overlappendesymptomer med demens. Verktøyet vil inkludere identifisering av spesifikke typer smerte og vurdering av varighet og plassering av smerte

4.1.4. Artikkel 4

“Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review” (Rokstad et al., 2017). Det er en literaturgjennomgang publisert i BioMed Central i 2017.

Bakgrunnen for studiet er at Doloplus-2 er en smertevurderingsskala som brukes hos eldre personer med kognitiv svikt. Foreløpig er det manglende bevis på måleegenskapene, gjennomførbarheten og den kliniske nytten av verktøyet. I studiet ble totalt 2780 litteratur fra 1990-2017 vist og vurdert. Totalt ble 24 studier inkludert i denne systematiske oversikten.

Studiene påpeker at Doloplus-2 er blitt omtalt som et av de mer omfattende og lovende verktøyene for smertevurdering hos personer med kognitiv svikt. Likevel konkluderer 24 studier forskningen er basert på at Doloplus-2 mangler bevis på måleegenskapene, gjennomførbarheten og den kliniske nytten. Det er derfor behov for ytterligere forskning på en rekke innstillinger. Ulike studiet argumenterer for at Doloplus-2 bare indikerer om en pasient kan ha smerter eller ikke. De påpeker også at Doloplus-2 indikerer ikke noe om intensiteten av pasientens smerte. Studiet påpeker at sykepleiere og leger opplever en viss usikkerhet om nøyaktigheten av verktøyet som kan påvirke deres evne til å gi smertestillende midler. Et annet faktor som påvirker usikkerheten om Doloplus-2 er den overlappingen av symptomer, vanskeligheter med å administrere verktøyet og uspesifikke elementer i verktøyet. Det kan være utfordrende å skille mellom om adferd kommer av smerte eller som et symptom på kognitiv svikt eller depresjon.

4.2. Analyse av resultatene

Studiene som er valgt ut for denne oppgaven viser til at prevalensen av smerte hos personer med langtømmen damen er høy. Smertekartlegging og smertebehandling er vist til å være utfordrende hos denne pasientgruppen. På grunn av den kognitive svikten som fører til begrenset evne til å uttrykke smerte, vil det være vesentlig å bruke passende og effektivt verktøy ved smertevurdering. Noen av studiene påpeker at helsepersonells kjennskap til pasientens normative atferd er betydningsfull ved smertekartlegging. Praksis anbefaler bruk av observasjonelle smertevurderinger for denne gruppen pasienter. I Helse og omsorgssektoren finnes det utallig smertekartleggingsverktøy og to av de mest omtalte smertekartleggingsverktøy er DOLOPLUS-2 og MOBID-2. Ut ifra studiene er det ingenting som forutsetter for at det ene verktøyet er bedre enn det andre.

5. Drøfting

Corbett et al. (2014, s. 6) fremhever at smerte ved demens er et kritisk problem som byr på betydelige utfordringer for omsorg og behandling innen sykepleie. Ettersom antall personer med demenslidelse øker samme med den aldrende befolkningen, vil mer kunnskap om vurdering og behandling av smerte hos denne pasientgruppen være nødvendig.

5.1. Betydningen av pasient-sykepleier-relasjon ved smertelindring.

Rokstad påpeker at mennesker eksisterer i relasjon til hverandre, og relasjonen mellom omsorgsgiver og pasienten er grunnleggende for all behandling (Rokstad, 2021, s. 37). Derfor omtales personsentrert omsorg i økende grad som nyttig i demensomsorgen. Grunnleggende i personsentrert omsorg er fokus på det enkelte mennesket som et helhetlig og unikt individ. Martinsen påpeker at en må kunne gå grunnleggende inn i sykepleie-pasient-relasjon for å forstå hvordan man kan ta ansvar for et annet menneske (Martinsen, 2003, s. 76). Solheim (2015, s. 85) viser til at i samhandling med personer med demenslidelse er det viktig at personen opplever trygghet og velvære. Solheim understreker at helsepersonell skal oppleves som noe godt for den andre, de skal bidra til opplevelsen av trygghet, velvære og livskvalitet.

Det å skape en relasjon med personer med demenslidelse kan være utfordrende. Dette kan skyldes den kognitive svikten som påvirker hukommelsen, redusert evne til å fokusere og språkvansker (Skovdahl, 2020, s. 420 – 421). Skovdahl påpeker at forutsetninger for å skape en relasjon er at sykepleieren gjør pasienten til en aktiv deltager, skaper et trygt miljø, skape pleiesituasjoner som er basert på anerkjennelse, likeverd og respekt for personen bak sykdommen. Eide & Eide hevder at eldre med demenslidelse har behov for individualisert kommunikasjon og det å gripe øyeblikk raskt er avgjørende (Eide & Eide, 2017, s. 326 -327). Kristoffersen og Nortvedt viser til at det å være til stede i situasjonen her og nå er vist til å ha en stor betydning for å skape tillit (Kristoffersen og Nortvedt, 2020, s. 68-69).

Rokstad et al. (2017) hevder at både sykepleiere og leger uttrykker en viss usikkerhet om påliteligheten av ulike kartleggingsverktøy, og at dette påvirker deres evne til å gi smertestillende midler til personer med demenslidelse. Studiet til Wagatsuma et al. (2021) viser til at smertevurdering hos denne pasientgruppen er mer effektiv når den er basert på

adferdsmessig observasjoner under daglige bevegelser og rutiner. Derfor kan det være en forutsetning med god relasjon mellom pasienten og sykepleier.

Hos personer med demenslidelse kan endringer i adferd oppstå på grunn av selve demenslidelsen (Skovdahl, 2020, s. 420). Samtidig påpeker Dahm & Waldemar (2019) at endring i adferd kan være et uttrykk på smerte. Dette viser seg å være en utfordring sykepleieren møter ved smertekartlegging hos denne pasientgruppen. Ut ifra min erfaring resulterer dette med at ulike adferdsendringer blir misforstått og tolket som uttrykk for selve demenslidelsen og ikke smerteuttrykk. I praksis har jeg erfart at helseassistenters kunnskap om pasientens normative adferd, kommer til nytte for sykepleiere ved smertevurdering. Jansen et al. (2017) fremhever i studiet at helseassistenter har en forutsetning for å skille mellom smerteadferd og andre ikke-smerterelatert adferd. Dette er fordi de har mye fysisk og sosial kontakt med pasientene sammenliknet med andre helsepersonell. Studiet påpeker at helseassistenter ofte var de første som la merke til en endring i pasientens normative adferd, som kunne antyde skjult årsaker til smerte. Denne pasientkunnskapen gjør dem i stand til å observere ikke-verbale indikasjoner på smerte. Ut ifra litteraturen og forskningen presentert over ser en at det kan være en forutsetning med mer pasientnært arbeid for sykepleiere og å inkludere helseassistenter i smertevurderings prosessen.

Martinsen fremhever at omsorg som er basert på en helhetsforståelse av pasientens situasjon er viktig i sykepleien (Martinsen, 2003, s. 86). Ifølge sykepleieres yrkesetiske retningslinjer skal sykepleien bygge på brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Dette ser vi igjen i VIPS-modellen, modellen legger vekt på: det å bli kjent med ulike sider av pasienten, pasientens livshistorie, sosialmiljø, nevrologisk svikt og fysisk helse. Videre skaper modellen en forutsetning ved smertevurdering, og den er en sentral del i personsentrert omsorg. Det å ha brukerkunnskap innenfor disse ulike faktorene, vil en lettere forstå hva som påvirker pasientens livskvalitet (Rokstad, 2021, s. 111).

Rokstad (2006) understreker at «Personen med demenslidelse er først og fremst et menneske, og menneskets grunnleggende ukrenkelighet må være overordnet all beslutning». Eide & Eide (2017, s. 326-327) hevder at det er viktig å tone seg inn på den andre, ta utgangspunkt i det den andre er opptatt av og å bruke bekreftende kommunikasjonsmetoder i møte med personer med kognitiv svikt. Brodtkorb påpeker at for mennesker med demenslidelse er fysisk berøring en viktig kommunikasjonsform. Hos personer med kognitiv svikt er det den kognitive evnen

som svekkes først, mens den emosjonelle funksjonen gjerne bevares. Det å holde personen i hånden, å ha en varm tone i stemmen og opptre på en måte som skaper tillit i hvert møte er vesentlig. Gjennom omsorgsfull fysisk berøring og nærhet kan sykepleier anerkjenne pasientens egenverd som menneske, uttrykke sympati, velvilje og eller trøst. Dette gir også sykepleieren en forutsetning for å kunne identifisere adferdsendringer som kan indikere smerte (Brodtkorb, 2020, s. 179).

5.2. Observasjonsbasert smertekartlegging

Smerte er en kompleks tilstand som må ses i et større perspektiv. Jansen et al. (2017, s. 3) påpeker at kliniske observasjoner av pasienten, fysiske undersøkelser og kjennskap til pasientens normative adferd må tas i betraktning ved smertevurdering. Slik vurdering må skje systematisk og regelmessig. Dahm & Waldemar (2019, s. 163) påpeker at smertevurdering blir mer utfordrende med økende alvorlighetsgraden av demens. Dette skyldes den kroniske og irreversible kognitive svikten.

For å kunne lindre pasientens smerte må sykepleieren først og fremst identifisere pasientens smerte. Wagatsma et al. (2021, s. 320) påpeker at ved sent stadium av demens, når ulike funksjoner som språk og daglig funksjoner er svekket, endres pasientens evne til å tolke indre og ytre sanseinntrykk. Dette fører til at pasienten etter hvert mangler evne til å uttrykke smerteopplevelse (Helsedirektoratet, 2019, s. 5). Tilsvarende introduserer dette en utfordring for sykepleieren ved vurdering av smerte, smerteintensitet og smertelokalisasjon. Martinsen viser til at sykepleieren skal bygge på fagligkjønn og erfaringer sykepleieren har som medmenneske (Martinsen, 2003, s. 76). Martinien beskriver også at sykepleieren må være sansende til stede i ulike situasjoner. Dette krever at sykepleieren er oppmerksom på pasienten, lytter og bruker sine faglige og personlige erfaringer i arbeidet sitt. I slike situasjoner påpeker Jansen et al. (2017, s. 6) at sykepleieren må kunne bruke både kartleggingsverktøy og sin kunnskap om pasientens normative adferd ved smertevurdering.

I studiet til Jansen et al. (2017, s. 4-6) blir observasjonsbasert smertevurdering, kjennskap til pasienten normative adferd, informasjon fra pårørende, venner og sosiale arbeidere omtalt som kritisk og sterkt anbefalt ved smertekartlegging. Dette på grunn av at smerte kommer til uttrykk på mange måter og smerteadferd er svært forskjellig fra person til person. Dahm & Waldemar (2019, s. 161. 165) viser til at hos personer med demenslidelse kan smerte komme til uttrykk ved endret motorisk adferd, kroppsholdning/bevegelser, vokalisering, ansiktsuttrykk, forandring i mellommenneskelige samhandling, forandring i den mentale tilstanden, autonome endringer og forandring i aktivitetsmønster og rutiner. Werner & Nielsen påpeker at måling av pasientens smerteintensitet, lokalisasjon og smertekarakter er en av de viktigste parameterne i smertevurdering (Werner & Nielsen, 2019, s. 82-91).

Dahm & Waldemar (2019, s. 163) viser til at ved identifisering av pasientens smertelokalisasjon skal man spørre pasienten hvor smerten er lokalisert, palpere ulike kroppsdeler og observere om pasienten vokaliserer stønning, jamring, grovt utrop, uttrykker at de har vondt. Sykepleien kan også observere om pasienten beskytter, gnikker og masserer en kroppsdeler, om det er endring i mobilitet eller gange, om det er endringer i spisevanen og matlyst og om pasienten tydelig vegrer seg for bevegelser. For å kunne utføre en slik undersøkelse av pasienten forutsetter det en trygg relasjon mellom pasient og sykepleie, slik som det er beskrevet i 5.1. Kaufmann G & Kaufmann A (2003) hevder at det kan være vesentlig å tilrettelegge omgivelsene rundt kartleggingen, slik at det ikke distraksjoner. Det kan for eksempel være lyder fra radio, tv og oppvaskmaskinen. Dette gir en forutsetning for godt samarbeid og kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Videre kan informasjon fra pårørende og helseassistertes opplevelse av pasientens smerteadferd være god veiledning for å skille smerteuttrykk fra andre ikke- smerterelatert adferd.

Martinsen påpeke at sykepleiere må lytte til pasienten sine tone, og prøve å finne samklang med han (Martinsen, 2003. s. 77). Situasjoner som morgenstell, måltider eller daglig aktiviteter kan være gode anledninger for observasjonsbasert smertevurdering. Måling av pasientens smerteintensitet skal være basert på pasientens subjektive opplevelse. Ulike studier påpeker at helsepersonell vurderer ofte pasientens smerte vesentlig lavere enn det egentlig er. Derfor er det i praksis avhengig at pasienten selv beskriver sin smerte. Dette er utfordrende hos personer med kognitiv svikt. Derfor skal man i slike tilfeller observere adferdsendringer. Ansiktsmimikk som grimaser, rynker i panne, kniper igjen øynene, løfter øyebrynet, har et mørkt og trist blikk er viktige indikasjoner på smerte (Werner & Nielsen, 2019, s. 82- 91). Ved akutt smerte kan sykepleieren for eksempel observere autonome endringer som stigende puls, blodtrykk, om pasienten er blek, svetter, takypné, forstørret pupiller og respirasjonsfrekvensen.

Winger & Leegaard understreker at selvrapporing er vist til å være den eneste metoden som gir et nøyaktig mål på hvor smertepreget en person er (Winger & Leegaard, 2016, s. 185). Ut ifra min praksis kan det være utfordrende å identifisere når en person med demenslidelse opplever smerte. Jeg har i praksis observert at pasienter verbalt uttrykker «au» ved stramme klær, er akutt urolig og roper ut for hjelp i nye omgivelser. Slik uttrykke kan være tegn til smerte, samtidig kan det være et uttrykk på forvirring for det nye miljøet og ukomfortable

klær. Dahm & Waldemar (2019) påpeker at ulike smerteuttrykk som er listet opp i 2.5.2. ikke nødvendigvis trenger å bety at det er tegn til smerte. Slike adferdsendringer kan bety andre forhold enn smerte for eksempel som bivirkning til medisiner, psykososiale forhold til helsepersonell og/eller uttrykk for selve demenssykdommen. Helsedirektoratet (2019 b) beskriver at dette kan medføre at pasienter får beroligende legemidler eller antidepressiva i stedet for smertestillende legemidler. Derfor kan observasjonsbasert smertekartlegging basert på helseassistents kunnskap om pasientens normative adferd og sykepleierens fagligkunnskap være vesentlig for god smertelindring.

Ut ifra praksis har jeg observert at noen personer med demenslidelse motsier seg nødvendig helsehjelp, behandling og/eller fysikk berøring fra helsepersonell. I slike tilfeller har noen helsepersonell tatt seg retten til å bestemme over pasienten, uten å ta hensyn til pasientens autonomi. Solheim (2015, 85) beskriver dette som paternalisme/svak paternalisme. Helsepersonell kan i noen tilfeller ha en «jeg vet best» holdning. En slik holdning går ikke overens med lov om pasient-og brukerrettighetsloven §4-1. Ifølge pasient-og brukerrettighetsloven § 4-1 skal helsehjelp gis kun med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

5.3. Smertekartleggingsverktøy

Rostad et al. (2017, s. 24-26) påpeker at det i dag finnes mange kartleggingsverktøy. Gjennomførbarheten, kliniske nytte og validiteten av ulike verktøy er noe Rostad et al gjør rede for i studiet. Skovdahl (2020, s. 420 - 421) påpeker at demens medfører adferdsendringer, kommunikasjonsvansker, nedsatt hukommelse og redusert evne til å oppfatte sanseropplevelser. Dette medfører en utfordring ved smertekartlegging. Det anbefales derfor at helsepersonell gjør seg kjent med ulike smertekartleggingsverktøy, for å bruke egnede verktøy i systematisk vurdering. De nasjonale retningslinjene for demens påpeker: «Særlig oppmerksomhet er nødvendig for å oppdage smerte hos personer med moderat/alvorlig grad av demenslidelse og kommunikasjonsvansker» (Helsebiblioteket, 2019a). Helsebibloteket anbefaler derfor at smertevurdering bør gjennomføres ved bruk av egnede strukturert verktøy. To av smerte kartleggingsverktøyene som er nevnt i oppgaven og som er testet ut i norske forhold er MOBID-2 smerteskala (Vedlegg 6) og Doloplus-2 smerteskala (Vedlegg 7). Rostad et al. (2017, s. 23) påpeker at verktøyene er utarbeidet ut ifra retningslinjene av American Geriatric Society (AGS). Dette innebærer ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelige samhandling, aktivitetsmønster og rutiner og mental status.

Rostad et al. (2017, s. 26) viser til at det er begrenset bevis på gjennomførbarheten, klinisk nytte og validitet av måleegenskapene til Doloplus-2 og MOBID-2 hos eldre med kognitiv svikt. Samtidig viser Husebø, Samdal & Erdal (2020, s. 245) til at bruk av slike verktøy bidrar til å identifisere smerte og følge opp effekten av smertebehandling. Gjennom studiet har jeg vært innom 3 sykehjemsavdelinger for personer med demenslidelse. Min erfaring er at det er mye usikkerhet rundt MOBID-2 og Doloplus-2 og verktøyenes evne til å identifisere smerte. I tillegg er disse kartleggingsverktøyene ikke tilgjengelig på avdelingen.

Ifølge Häikiö (2015, s.30) er Doloplus-2 utarbeidet for å registrere smerte hos eldre personer som mangler evne til å uttrykke smerte verbalt. Her blir somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer kartlagt. Ut ifra dette blir det utarbeidet en skår som indikerer pasientens smerte. Rostad et al. (2017, s. 25) påpeker at verktøyet kartlegger kun om smerte er til stede eller ikke, og er ikke egnet til å antyde smerteintensitet eller smertekarakter. Samtidig viser Rokstad et al. til at utviklere av Doloplus-2 angir at høyere skår indikerer

økende smerteintensitet. Videre påpeker Rostad et al. at det i dag ikke er noe bevis som støtter at helsepersonell ut ifra en skår skal kunne antyde smerteintensitet.

Wagatsuma et al. (2021, s. 323) viser til at MOBID-2 er egnet til å identifisere pasientens smerte, smerteintensitet og forskjellige smertelokalisasjoner. Dette er spesielt viktig på grunn av personer med demenslidelse ofte har flere enn ett smerte sted. Husebø, Samdal & Erdal (2020, s. 245) viser til at MOBID-2 er egnet til pasientens hverdagsituasjon i sykehjem. Verktøyet legger vekt på helsepersonells observasjoner av ulike adferd under mobilisering i hverdagen. Dette kan være under morgenstell, måltider og ved gange. Martinsen påpeker i sin omsorgsteori at omsorg ikke bare handler om grunnholdninger, men også praktiske handlinger (Martinsen, 2003, 76). Omsorg kan ytes gjennom praktiske handlinger i daglige situasjoner. Derfor kan sykepleieren ved bruk av kartleggingsverktøy identifisere pasientens smerte. Videre påpeker Husebø, Samdal & Erdal påpeker at MOBID-2 vist høy reliabilitet, validitet og høy instrumentelt responsivitet. Dette sier noe om verktøyets evne til å identifiser endringer i pasientens smerteintensitet etter en smertebehandling er blitt iverksatt.

Jansen et al. (2017, s. 3) påpeker at smertevurderingsverktøy gir et organisert format som helsepersonell kan bruke for å estimere smerteskår til hver adferds indikator, og utarbeider en total skår for pasientens smerte. Ulike studier fremheves også vanskeligheter knyttet til bruk av de ulike verktøyene. Rostad et al. (2017, s. 25-26) begrunner dette med overlappende adferd som er vanlig ved demenslidelse som delirium eller depresjon. Studiet anbefaler derfor å bruke Doloplus-2 i kombinasjon med kjennskap til pasientens normative adferd hos denne pasientgruppen. Jansen et al (2017, s. 6) påpeker at for å kunne identifisere pasientens smerte bør det være et samarbeid mellom sykepleier og helseassistenter. Helseassistenter har mer kunnskap om pasientens adferd enn sykepleierne. Andre komponenter som påvirker gjennomførbarheten, validiteten og kliniske nytte av verktøyene er hvordan og hvem som administrerer verktøyet. Rostad et al. påpeker at validiteten av Doloplus-2 er avhengig av administrasjons måten, helsepersonells kvalifikasjon og kjennskap til pasientens normative adferd og vaner. Utviklere av Doloplus-2 påpeker at rett bruk av verktøyet er avhengig av at helsepersonell har god opplæring, har en forståelse for de ulike elementene i verktøyet, har evnen til å notere endringer i pasientens adferd og har en bevissthet om smerte. Det er også nødvendig med mer trening i bruk av smertekartleggingsverktøy. Dette kan henholdsvis øke bruken av kartleggingsverktøy på sykehjem.

Studiene til Rostad et al. (2017), Jansen et al. (2017) og Corbett et al. (2014) påpeker at det er mangel på tilstrekkelig evidens om gjennomførbarhet, klinisk nytte og validitet av de ulike verktøyene. På bakgrunn av dette understrekes behovet for videre evaluering og forskning av de ulike verktøyene. Videre påpekes det opplæring i bruk av ulike kartleggingsverktøy er nødvendig for riktig administrering av verktøyet.

5.4. Smertelindring

Wagatsuma et al. (2021, s.324-325) påpeker at nesten 34% av sykehjemspasienter med alvorlig demenslidelse opplever regelmessig smerter til tross for å ha resept belagt smertestillende legemidler og dette kan indikere at noen pasienter er under medisiner. Studiet viser til at smertebehandling i en slik sårbar gruppe bør gjennomføres i et tverrfaglig samarbeid. Husebø, Samdal og Erdal (2020, s, 247 – 249) viser til at et tverrfaglig samarbeid og ansvar som inkluderer pasienten, pårørende, ergoterapeut, musikkterapeut, sykepleier, lege, fysioterapeut, miljøterapeut og øvrig pleiepersonell er en forutsetning for god smertelindring.

Wagatsuma et al. (2021, s. 325) påpeker at noen av årsakene til den vedvarende smerten kan skyldes for lav dose av analgetika og/eller bruk av feil type analgetika. Studiet fremhever også at personer med demenslidelse har ofte mer enn et smertested. Det er derfor en risiko for at smertestillende midler kommer til kort når man skiller mellom flere smertestedet. Derfor anbefaler studiet bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2. MOBID-2 er egnet til å identifisere ulike smerte steder og er god veiledning for å velge egnet behandlingsalternativ. Studiet påpeker at på lik linje som smertekartlegging er regelmessig evaluering og kontrollering av påbegynt behandling nødvendig.

Winger & Leegaard (2016, s. 186-187) påpeker at sykepleien har et selvstendig ansvar når det gjelder smertelindring. Ettersom en har kartlagt og identifisert smerte er det neste steget smertebehandling. Medikamentell smertebehandling er den vanligste formen for behandling av smerter (Häikiö, 2015, s. 46). Sentralt i sykepleierens yrkesutøvelse ved smertelindring er administrering av medikamenter ut ifra legens ordinasjon, vurdering, observasjon av virkning og bivirkning, dokumentasjon og rapportering. I studiet til Wagatsuma et al. (2021) blir smertevurdering og observasjon av virkning av legemidler omtalt som utfordrende, hos personer med demenslidelse. En utfordring ved smertebehandling hos eldre er farmakokinetikken endrer seg ved økende alder. Häikiö påpeker at eldre er særlig sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Dette kan begrunnes med at eldre får lettere opphoping av medisiner i kroppen på grunn av mindre fettlag, dårligere utskilling i nyrene og svekket omsetning i leveren. Derfor er det viktig at helsepersonell hyppig kontrollere virkning og bivirkning av smertestillende. Slik at man kan foreta seponering av legemidler ved behov.

Akutt og kronisk smerte behandles ulikt. Akutt smerte behandles først med ikke opioide analgetika, som NSAID-preparater og Paracetamol dersom det ikke foreligger større bløtdelsskade, bruddskade, hjerteinfarkt osv. (Danielsen, Brentzen & Almås, 2021, s. 395). Videre er det viktig at sykepleien har kunnskap om ulike legemidler og bivirkning av dem. Dette er spesielt viktig hos pasienter med demenslidelse, på grunn de kan ha manglende evne til å uttrykke virkning og bivirkning av ulike smertestillende. For eksempel har opioider mange bivirkninger som kan forsinke sykdomsforløpet og har hyppig uønskede bivirkninger som: kvalme, obstipasjon og respirasjonsdepresjon. Dette er viktig å være oppmerksom på.

Danielsen, Brentzen & Almås (2021, s.417-419) påpeker at kroniske smerte er et omfattende problem og kan ofte ikke helbredes. Danielsen, Brentzen & Almås viser til at ikke-medikamentell behandling ved kronisk smerte er nødvendig. Det går ut på å distrahere pasienten fra smerten. Winger & Leegaard (2016, s. 190) påpeker at smerte er et komplekst fenomen sammensatt av tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og erfaringer gjennom livet. Derfor er det ikke alltid nok med medikamentell behandling. Häikiö (2015, 46-56) viser til den norske legeforeningens anbefaling om å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlinger. Ved bruk av medikamentell behandling som paracetamol og NSAIDS-preparater som er førstevalget, og opioider ved sterke smerter kan man holde smerten i sjakk og ved bruk av ikke-medikamentell behandling kan man avlede pasienten vekk fra smerten. I dag finnes det ulike ikke-medikamentelle smertelindrende intervensjoner, slik som musikk, stimulering og avledning, fysisk berøring/massasje, aktivitet og fysioterapi, varme og kulde og tankereise som kan ha smertelindrende effekt. Effekten av disse ikke-medikamentelle tiltakene er omdiskutert, Winger & Leegaard (2016, s. 190) viser til at mange av de tiltakene har lite dokumentasjon på effekt. Samtidig er det heller ikke nok dokumentasjon som er viser til at de ikke fungerer.

Häikiö (2015, s. 46- 48) påpeker at en utfordring ved smertebehandling av personer med kognitivt svik er at det ofte er forordnet smertestillende som behov medisin og ikke fast. Ut ifra erfaring og tidligere presentert litteratur kan dette skape en utfordring når pasienter av ulike årsaker ikke har evne til å uttrykke smerte og virkning eller bivirkning av legemidler. Derfor kan det være en fordel med forordnet faste smertestillende til fast tid hos denne pasientgruppen.

6. Konklusjon

Formålet med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleieren kan bidra til smertelindring hos personer med langtkommet demenslidelse. Smertelindring hos denne pasientgruppen har vist seg å være utfordrende. For å svare på problemstillingen har oppgaven først gjort rede for betydningen av pasient-sykepleier-relasjon, og det å bli kjent med pasientens normative adferd. Gjennom god relasjon kan en lettere identifisere adferdsendringer og årsaken til adferden. Forskning viser til at smertevurdering hos personer med demenslidelse er spesielt utfordrende på grunn av vanskeligheter med å skille mellom smerterelatert adferd fra ikke-smerterelatert adferd. Videre har oppgaven fokus på viktigheten av sykepleierens kunnskap om smertekartleggingsverktøy og om smerteuttrykk. Med bakgrunn i dette viser oppgaven til at bruk av observasjonsbasert smertekartlegging er den beste metoden for å kartlegge smerte hos denne pasientgruppen. Samtidig har jeg lært ut ifra oppgaven at effektiv smertebehandling er en systematisk prosess. Dette krever tverrfaglig samarbeid som inkluderer helseassistenters perspektiv og kunnskap om pasientens normative adferd, slik som (Jansen et al., 2017) poengterer. Gjennom faglige refleksjoner med kollegaer, kan sykepleiere styrke sine observasjoner og lettere vurdere behovet for smertelindring. Avslutningsvis fremhever oppgaven at smertelindring er et viktig tema som bør arbeides videre med. Forskning viser at ulike kartleggingsverktøy mangler tilstrekkelig bevis på klinisk nytte, gjennomførbarheten, validiteten og behovet for videre utvikling av dem.

7. Referanser

- Austgard, K. (2010) Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleie. (2. utg). Cappelen Akademisk Forlag
- Brodtkorb, K. (2020) Stellet- integritetsfremmende hjelp til personlig hygiene. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (s.173 - 182). Gyldendal.
- Corbett, Achterberg, W., Husebo, B., Lobbezoo, F., de Vet, H., Kunz, M., Strand, L., Constantinou, M., Tudose, C., Kappesser, J., de Waal, M., & Lautenbacher, S. (2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, 14(1), 229–229. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0229-5>
- Dahm, C. J. & Waldemar, G. (2019). Smerter hos Ældre og pasienter med demens. I M.U. Werner, N. B. Finnerup & L. A. Nielsen. *Smerter: baggrund, evidens og behandling* (4.utg, s. 156- 161). FADL
- Dalland. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., p. 267). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Brentzen, H. & Almås, H. (2021). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie*. (Bind 1, 5. utg, s. 381-423). Gyldendal
- De Witt Jansen, Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16(1), 6–6. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1>
- Eide, T. & Eide H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Galek, J. & Gjertsen, M. (2011) Får bedre smertebehandling. Tidsskrift sykepleie, 99(13), 63-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0194>

Gjengedal, E. (2000) Omsorg i sykepleie. I H. Alvsvåd, E. Gjengedal. (Red.). *Omsorgstenkning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* (s. 37-56). Fagforbundet

Helsebiblioteket (2016, 03. Juni) *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2019b, 27. November). *Om demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsedirektoratet. (2019a, 27. november). *Lindrende behandling til personer med demens*. Helsedirektoratet. <file:///Users/biltonjafer/Downloads/Lindrende%20behandling%20til%20personer%20med%20demens.pdf>

Holthe, T. & Tretteteig, S. (2016) Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.) *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg. S. 259 - 271). Aldring og helse.

Husebø, B. S., Samdal, R., & Erdal, A. (2020) Vurdering og behandling av smerte hos sykehjemspasienter med og uten demens. I B. S. Husebø & E. Flo. (RED.). *Eldreboeken: diagnoser og behandling.* (S. 240- 252.) Fagforlaget

Häikiö, K. (2015). *Smarter hos eldre og personer med demens*. MEDLEX norsk helseinformasjon

Høyskolen på Vestlandet. (u.å.) Søk etter fagressurser. Hentet 15.Mars 2022 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Kaufmann G & Kaufmann A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagforlaget

Kirkevold, M. (2021) Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten.* (3. utg, s. 98-111). Gyldendal

- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2021) Sykepleie-relasjoner, verdier og etikk. I N.J. Kristoffersen, E.A. Skaug, S.A.Steindal, G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: fag og profesjon*. (4. utg, s. 29-72). Gyldendal
- MacCaffery, M. & Beebe, A. (1998) *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. Gyldendal
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.) universitetsforlaget
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 24.Mars. 2022. fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Nortvedt F. (2018). *Smerte – fenomen og etikk*. Gyldendal
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om Pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- R. C. (2021). How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients with Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial. *Pain Management Nursing*, 22(3), 319–326.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.014>
- Rokstad, A. M. M. (2021) *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Rokstad, A.M.M. (2006). *Jeg vil ikke bli behandlet som en unge. Etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens*. Forlaget Aldring og helse
- Rostad, Utne, I., Grov, E. K., Puts, M., & Halvorsrud, L. (2017). Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 17(1), 257–257.
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0643-9>

- Sandvik, & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Tidsskriftet sykepleien*, 99(11), 62–64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Sandvik, R.K.N.M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*. Artikkel e-80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. Utg, s. 416-439.) Gyldendal
- Skovdahl, K., (2020) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg. S. 416 – 441). Gyldendal
- Solheim, K. V. (2015) *Demensguiden: holdninger og behandlinger i demensomsorgen*. (3.utg). Universitetsforlaget
- Thidemann, I.J. (2019) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. (2. utg). Universitetsforlaget
- Torvik, K & Sandvik, R.K.N. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (s.397-413). Gyldendal.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2008) Smerte hos eldre. I T. Rustøen. & A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (S. 105- 121) Gyldendal
- Torvik, K. & Sandvik, K.N.M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg. S. 407 – 415). Gyldendal
- Tretteteig, & Berentsen, V. D. (2016). *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg.). Aldring og helse

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020) Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland. Metode og oppgaveskriving. (7. utg, s. 139-166). Gyldendal

Wagatsuma, Yamaguchi, T., Berge, L. I., Husebo, B., Habiger, T. F., Nouchi, R., & Angeles, Werner, M. U. & Nielsen, L.A. (2019) smertefysiologi4: smertevurdering. I M.U. Werner, N. B. Finnerup & L. A. Nielsen. *Smerter: baggrund, evidens og behandling* (4.utg, s. 82-92). FADL

Winger, A. & Leegaard, M. (2016) Smerter. I A. K.T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4 utg, s. 172- 198). Cappelen Damm Akademisk

8. Vedlegg

8.1. Vedlegg 1: Litteratormatrise

Artikkel 1	Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study” Forfatter: B.D.W.Jansen, K.Brasil, P.Passmore, H.Buchanan, D.Maxwell, S.J.McIlpatrick, S.M.Morgan, Watson & C.Parsons.
Hensikt	Hensikten med studiet er å undersøke helseassistenters rolle, perspektiv og erfaringer i smertevurdering og behandling ved demens.
Metode/datasamling	Det er brukt en kvalitativ metode i fremgangsmåten. Det ble brukt en tematisk analyse for å tolke intervjuene. Data ble samlet inn mellom 2014-2015.
Utvalg	14 deltagere. Deltagerens gjennomsnittlige omsorgserfaring var 15,4 år.
Resultat	Resultatene i studie viser at helseassistenter er frontlinjepersonelt som har en nøkkelrolle i pasientbehandling. På grunn av at de tilbringer mye tid med pasientene sammenlignet med annet helsepersonell.

8.2. Vedlegg 2: Litteratormatrise

Artikkel 2	How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients with Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial Forfattere: S. Wagatsuma, T. Yamaguchi, L.I.Berge, B. Husebø, T.F.Habiger, R. Nouchi & R.C.Angelos
Hensikt	Å undersøke plassering, årsak og intensitet av smerter hos personer med demens på sykehjem. Å undersøke sammenhengen mellom livskvalitet og smerte.
Metode/datasamling	Tversnittsstudie

Utvalg	463 Pasienter ble evaluert fra 33 ulike sykehjem i Norge. 78% av utvalget hadde moderat alvorlig demens.
Resultat	<p>Forskningen påpekte at nesten 44% rapporterte klinisk signifikant smerte, mens 68% hadde smerte mer enn 2 plasser på kroppen.</p> <p>Smertene var mest lokalisert i muskel og skjelettsystemet.</p> <p>Omtrent 33,5% av deltageren hadde smerte som fikk analgetika, 10% hadde smerte uten smertestillende midler.</p> <p>Forskningen viser også til at 27% deltageren fikk smertestillende midler uten noe tegn til smerter.</p>

8.3. Vedlegg 3: Litteratormatrise

Artikkel 3	<p>Tittel: An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool</p> <p>Forfattere: A. Corbett, W. Acherberg, B. Husebø, F. Lobbezo, H. De vet, M. Kunz, L. Sreand, M. Constantinou, C. Tudose, J. Kappesser, M. De Wall & S. lautenbache</p>
Hensikt	Utarbeide et smertevurderings verktøy som var brukervennlig og hadde klarhet for brukeren angående betydningen av hvert punkt. Et verktøy som hadde søkelys på psykrometriske egenskaper, ansikts og konstruksjonsvaliditet
Metode/datasamling	<p>Studie er en litteraturgjennomgang av tidligere forskning.</p> <p>Alle eksisterende observasjonsverktøy for smerte ble identifisert, og elementer kategorisert ved bruk av tre trinns reduksjonsprosess. Basert på tilgjengelig bevis, ekspertuttalelser, hyppighet i bruk og tilpasning for American Geriatric tetningslinjer.</p>

Utvalg	All eksisterende smertevurderingsverktøy ble vurdert. Ut i fra de ble 12 vurderingsverktøy var ut for videre forskning.
Resultat	Ut ifra de 12 verktøyene utarbeidet de Pain assessment in impaired cognition (PAIC). Med 3 hoved domener som de mente var mest lovende: ansiktsuttrykk, vokalisering og kroppsbevegelse.

8.4. Vedlegg 4: Litteratormatrise

Artikkel 4	Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review Forfatter: H.M. Rostad, I. Utne, E.K.Grov, M.Puts, L. Halvorsen.
Hensikt	Hensikten er å undersøke videre på måleegenskapene, gjennomførbarheten og den kliniske nytten av smertekartleggingsverktøyet DOLOPLUS- 2
Metode/datasamling	Litteraturgjennomgang.
Utvalg	Smertekartleggingsverktøyet DOLOPLUS-2
Resultat	Resultatet på studien påpeker at bevis for gjennomførbarheten, kliniske nytte og validitet av måleegenskapene til Doloplus-2 hos eldre med kognitiv svikt er begrenset.

8.5. Vedlegg 6: MOBID-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala




MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens 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

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

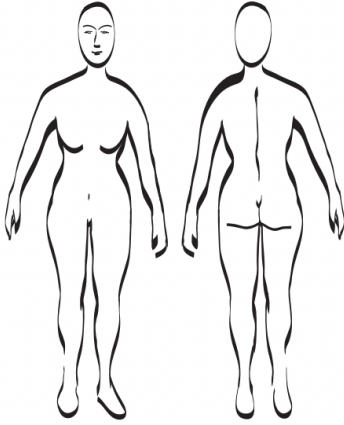
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<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 hofterledd	<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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

6. Hode, munn, hals 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Bettina.Husebo@isf.uib.no; Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

8.6. Vedlegg 7: DoloPlus-2 smerteskala

DOLOPLUS - 2			
Navn	Fødselsnr.	Dato	
Smerteskala for personer med kognitiv svikt			
SOMATISKE REAKSJONER			
Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Smertelindrende hvilestillinger	- bytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - bytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadig virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykkløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
PSYKOMOTORISKE REAKSJONER			
Stell og/ eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt) - aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre - aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre) - umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Forflytning	- forflytter seg som vanlig - lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius) - sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig) - forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
PSYKOSOSIALE REAKSJONER			
Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - frosser eller avvisning av all kommunikasjon	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
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	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
TOTALT			

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

DOLOPLUS - 2	
Nøkkelord	Brukerveiledning
Klager Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppspråk (tegn/mimikk), utrop, gråt, stønning og/eller jarming.	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 behandlingsoppløp.
Smertelindrende stillinger Uvanlig kroppstilling for å unngå eller lindre smerte.	Registrering i tverrfaglige grupper Registrering fra flere pleiere (lege, sykepleier, hjelpepleier) er å foretrekke, usatt behandlingssted (offentlig, privat, hjemme). I hjemmet kan familien og andre pårørende delta. Skalaen integreres i pleiejournalen.
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.	Ikke kryss av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet Det er ikke nødvendig å finne svar på alle deler av skalaen, særlig ikke over for en ukjent pasient hvor man ikke kjenner alle data (spesielt på det psykososiale plan). Ved for eksempel koma, registreres bare legemlige fakta.
Ansiktsuttrykk Ansiktet uttrykker smerte ved grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykkløst) og ved blikk (stirrende, fraværende, lårfyllt, bedende, sint, desperat, engstelig eller forvillet). Noen demente har vedvarende uttrykkløst ansikt som en konsekvens av sin demens, se derfor etter forandringer i forhold til det normale for pasienten.	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.
Forespørsel/kontakt/undersøkelse Alle former for konfrontasjoner; undersøkelse, tilnærming (innblanding), henvendelser, omtanke, behandling og stell.	Ikke sammenlign resultatene til ulike pasienter Smerte er subjektiv. Sammenlikning av poengsum pasienter imellom har derfor ingen hensikt. Kun pasientens individuelle utvikling er av interesse.
Stell/påkledning Vurdering av smerte under stell (eventuelt toalettbesøk) og/eller påkledning alene eller ved hjelp.	Ved tvil; ikke nøl med å sette i gang en test-behandling med smertestillende tiltak Resultat lik eller over 5 av 20, endrer smerte i tilfeller med nærliggende poengsummer, bør man la tilven komme pasienten til gode. (Hvis situasjonen forandres ved smertestillende tiltak, vil smerte være påvist.)
Bevegelser Vurdering av smerte ved bevegelser; endring av stilling/posisjon, forflytning, gange, alene eller ved hjelp.	Skalaen avdekker smerte; ikke depresjon, usestendighet 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.
Kommunikasjon Verbal eller nonverbal. Se etter forandringer fra pasientens normale kommunikasjonsmønstre.	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.
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 atferds mønstre som kan skyldes smerte.	

8.7. Vedlegg 8: PICO-skjema

P- Populasjon/problem	I-Intervensjon	C-Comparion	O-Outcome
Dementia Nursing Pain	Pain assessment Pain mapping tool Nursing care Nursing assessment Nursing homes Nursing process Nonverbal expression Nonverbal patient Patient and nursing relationship		Pain management/Pain Assessment Pain identification