

Christian Ola Borlongan
Emeric Cyan Padaong

Hvordan kan sykepleiere bidra til effektiv smertebehandling hos utsatte pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7652

Bacheloroppgave i Kompletterende utdanning for sykepleiere
Veileder: Bente Krogseth
November 2023

Christian Ola Borlongan
Emeric Cyan Padaong

Hvordan kan sykepleiere bidra til effektiv smertebehandling hos utsatte pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7652

Bacheloroppgave i Kompletterende utdanning for sykepleiere
Veileder: Bente Krogseth
November 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med demens kommer til å øke i antall i årene som kommer og norske studier viser at 50% av pasienter med demens opplever smerte. Statistikken viser at mange pasienter med demens opplever smerte i stor grad. På grunn av kommunikasjonssvikt, der evnen til å direkte uttrykke smerte er svak eller mangler, kan vurdering og behandling være svært utfordrende for sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med denne studie er å samle kunnskap for sykepleiere som jobber med pasienter med demens og opplever smerte. Sykepleierne i denne studien ønsker å sette søkelys på effektiv identifikasjon og vurdering av smerte gjennom bruk av kartleggingsverktøy, og utføre ikke-farmakologiske tiltak som kan hjelpe for å unngå at pasienten lider med smerte i lange perioder og bidra til en tilfredsstillende behandling.

Metode: En systematisk litteraturstudie gjennomført i perioden mellom Juli 2023 og Oktober 2023. Det er basert på ni eksisterende forskningsartikler, som innhentet fra databasen PubMed og Cinahl.

Resultat: Resultatene viser frem dilemmaer og utfordringer sykepleiere møter i forhold til kommunikasjon og observasjon av symptomer knyttet til behandling av pasienter med demens. Studien viser at både bruk av systematisk smertekartleggingsverktøy og sykepleierens kjennskap om pasientens liv-og sykehistorie kan bidra til en effektiv vurdering og identifisering av smerte hos pasienter med demens, samt at den hjelper til å unngå unødvendig eller feil bruk av medisiner når smerten oppstår. Mål og tiltak i behandling av smerte fremhever viktigheten av å ha kunnskap om pasientens verdi, livshistorie, ønsker og livsmål. Bruk av ikke-farmakologiske tiltak i kombinasjon med farmakologiske tiltak virker som en tilfredsstillende metode til å behandle smerte blant pasienter med demens.

Konklusjon: Pasientens selvrappotering av smerte er grunnleggende i smertevurderingen, men for pasienter med demens og som har vansker med å rapportere smerte er de avhengig av sykepleiere. Det er alfa og omega at sykepleierne kan observere og vurdere disse symptomene nøye og sette i gang behandling som er nødvendig slik at pasientens integritet og livskvalitet blir ivaretatt.

Nøkkelord: Smerte, Demens, Eldre, Smertebehandling, Smertekartlegging, Sykehjem

Abstract

Background: The number of patients with dementia will increase in the coming years. Based on the Norwegian studies and statistics, 50% of patients with dementia experience pain to a great extent due to lack of communication, where the ability to directly express pain is weak or lacking, assessment and treatment of this can be very challenging for nurses.

Purpose: The purpose of this study is to gather knowledge for nurses who work with patients with dementia experiencing pain. The nurses in this study want to shed light on effective identification and evaluation of pain through the use of assessment tools and carry out non-pharmacological measures that can help to avoid the patients suffering with pain for long period of time and contribute to a satisfactory treatment.

Method: This is a systematic literature study conducted last July to October 2023. It is based on nine existing research articles which were obtained from the databases PubMed and Cinahl.

Result: The results show that nurses encountered challenges and dilemmas in relation to communication and observation of symptoms related to the treatment of patients with dementia. The study shows that both the use of systematic pain assessment tools and the nurse's familiarity with the patient can contribute to effective assessment and identification of pain among patients with dementia, as well as to avoid the wrong used of medication for pain. Goals and measures in the treatment of pain highlight the importance of having knowledge of the patient's value, life history and goals. The use of non-pharmacological measures in combination with pharmacological measures appears to be a satisfactory method of treating pain in patients with dementia.

Conclusion: Patient's self-reporting of pain is fundamental in pain assessment. For patients who have difficulty in describing pain are highly dependable for nurses to assess these symptoms. It is therefore essential that the nurses must carefully observe and assess symptoms and initiate the necessary treatment so that the patient's integrity and quality of life are safeguarded.

Keywords: Pain, Dementia, Elderly, Pain management, Pain Assessment, Nursing home

INNHold

Kapittel 1: INNLEDNING	1
1.1. Introduksjon og bakgrunnskunnskap om tema	1
1.2. Hensikt/ Formål av problemstilling	1
1.3. Presisering av problemstilling	2
1.4. Teoretisk perspektiv/begreper	2
1.4.1. Demens	2
1.4.2. Smerte	3
1.4.3. Smertekartlegging og kartleggingsverktøy	3
1.4.5. Tilnæringsmetoder	3
1.4.6. Sykepleiers funksjon og ansvar	4
Kapittel 2: METODE	6
2.1. Litteraturstudium som metode	6
2.2. Søkehistorikk og søkestrategi	6
2.3. Inklusjons-og eksklusjonskriterier	7
2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler	10
2.5. Analyse	10
Kapittel 3: RESULTAT	12
3.1. Artikkelmatrise	12
3.2. Tematisk inndeling av resultat	19
3.2.1. Smerter og demens	20
3.2.2. Smertekartlegging	20
3.2.3. Behandling av smerte	20
Kapittel 4: DISKUSJON	22
4.1. Dilemmaer ved demens og smerter	22
4.2. Systematisk og effektiv smertekartlegging	23
4.3. Mål og tiltak i behandling av smerte	25
4.4. Metodediskusjon: Styrker og svakheter	27
Kapittel 5: KONKLUSJON	28
REFERANSELISTE	29
Vedlegg: Smertekartleggings skalaer	32

TABELLER

Tabell 1. PICO-skjema	6
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier knyttet til artikkelsøk	7
Tabell 3. Søketabell	7
Tabell 4. Evans' analyseprosess.....	10
Tabell 5. Analyse av hoved-og undertemaer i artiklene	11
Tabell 6. Artikkelmatrise.....	12

Kapittel 1: INNLEDNING

1.1. Introduksjon og bakgrunnskunnskap om tema

I mange norske studier viser det en stor forekomst av smerte på rundt 50 prosent hos pasienter som selv kan rapportere sin smerte, samtidig er det beskrevet at pasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt har ligget på 43 prosent til 60 prosent (Torvik & Sandvik, 2022, s. 398). Denne statistikken viser alvorligheten av mengde pasienter med demens som opplever smerte i stor grad. Forekomsten av smerter på sykehjem varierer mye ut fra hvem som undersøkes og hvor egnet verktøyet som har blitt brukt ved kartlegging av symptomer er. (Torvik & Sandvik, 2022, s. 398). Undersøkelser viser også at mange eldre pasienter ikke får en tilfredsstillende smertebehandling. Det gjelder særlig eldre pasienter med kognitiv svikt og personer som av andre grunner ikke kan formidle sin smerte. (Torvik og Sandvik, 2022, s. 397). Den mest vanlige form av kognitiv svikt er demens, og i hele verden er det om lag 50 millioner som lever med dette. Ifølge Folkehelseinstitutt er ca. 101 000 som er allerede rammet med denne sykdommen over hele Norge (Strand, et al., 2021).

Demens pasienter er avhengig av oss for å vurdere deres smerteytringer, og handler i forhold til hvordan vi fortolke det fordi det er sykepleierens oppgave å identifisere pasientens smerte, iverksette tilfredsstillende tiltak og vurdere effekten av dette. Sykepleier bør inneha gode kunnskaper om demens, smerte, smertekartlegging og smertebehandling (Galek og Gjertsen., 2011).

Etter noen uker i praksis som sykepleierstudenter og med mange års erfaring som helsefagarbeidere på sykehjem, har vi observert at de pasientene som har vansker med å uttrykke seg selv eller kommunisere er oftest de som er vanskelig å behandle smerte, og i mange tilfeller er underbehandlet. Noen pasienter kan informere at de har smerte, men klarer ikke å lokalisere akkurat hvor smerten er. Det finnes også mange pasienter som påviser smerte på en annen måte eller symptomer slik som uro og utfordrende atferd på grunn av manglende evne til å uttrykke seg eller kommunisere. Dette kan sykepleiere feiltolke som en vanlig atferd og uro på grunn av kognitive sykdommer, og ikke på grunn av eksisterende fysisk smerte. Sykepleierne har observert under praksis på sykehjem at det er store tendens for høyt forbruk av beroligende og smertestillende legemiddel samt forverring av symptomer på grunn av sent oppdagelse av alvorlig smerte.

1.2. Hensikt/ Formål av problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudie er å samle kunnskap om forebygging ved tidlig identifisering og lokalisering av smerte hos pasienter med demens. Dette kan være bruk av effektive kommunikasjonsferdigheter, gode observasjonsteknikker og bruk av konkret kartleggingsverktøy. Gjennom tidlig identifisering og lokalisering av smerte kan sykepleiere formulere forebyggende tiltak for at smerten til pasienten minkes og forebygges før dette utvikles til en alvorlig type smerte.

Med dette ønsker sykepleiere å sette søkelys på effektiv identifikasjon, kartlegging og bruk av ikke-farmakologisk behandling som kan hjelpe for å unngå at pasienten lider med smerte i lange perioder og bidra til en tilfredsstillende behandling, og ikke minst, unngå uvanlig atferd slik at pasientens livskvalitet blir ivaretatt. Dermed har vi kommet til oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til effektiv smertebehandling hos utsatte pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem?

1.3. Presisering av problemstilling

Pasientgruppen i denne studien er pasienter med demens i moderat til alvorlig grad, og har språk problemer der evnen til å uttrykke smerte ikke kan kommuniseres direkte verbalt. Begrepet «utsatte pasienter» er demensrammede pasienter som opplever smerte eller har underliggende sykdommer som preger pasienten med smerte som var udokumentert og ikke har vært kartlagt tidligere.

Studien er avgrenset til sykehjemspasienter siden det er på sykehjem de bor de fleste med alvorlig grad av demens. Vi har valgt å skrive om sykehjemspasienter også fordi vi har hatt praksis og har nåværende stilling som helsefagarbeidere på sykehjem, og vi ønsker å bruke funn i denne studien i utøvelse av sykepleien etter utdanning.

En effektiv smertebehandling mener vi en systematisk bruk av sykepleieprosessen som er relevant brukt i sykepleien. Studien setter søkelys på god sykepleie og bruk av sykepleiers kompetanse gjennom identifikasjon av problemet, kartlegging, formulere mål og sykepleietiltak og gjennomføring av behandling på en forsvarlig måte. Effektiv smertebehandlings begrepet som er brukt i problemstillingen er lukket rundt sykepleieres tiltak og ikke-medikamentell behandling av smerte. Vi kommer til å nevne bruken av smertestillende, men ingen diskusjon om hvilke smertestillende som er brukt.

1.4. Teoretisk perspektiv/begreper

1.4.1. Demens

Demens er en samlet betegnelse på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap (Assal, 2019). Denne sykdommen påvirker atferd og evnen til å huske, tenke, og utføre de vanlige daglige aktiviteter. De fleste som blir innlagt på sykehjem har sykdommen demens, der evnen til egenomsorg er betydelig påvirket. Det er beregnet 14,6% av eldre over 70 år i dag har demenssykdom i Norge. Antallet med demens kommer til å øke i årene som kommer i de eldste aldersgruppene, spesielt blant de over 80 år. Man kan derfor forvente økning av antall mennesker som lever med demens, og som siste statistikken viser er det cirka 100 000 som lever med demens i Norge, og fram mot 2040 forventes en fordobling av dette antallet (Engstad, 2022, s.556). Sykdommen utvikler seg langsomt over tid og det finnes ingen kur. Det kan forverres raskere etter hvert, og gjør at personer som lider av demens blir hjelpetrengende. Symptomer kan i tidlige faser være at avtaler og viktige datoer glemmes, at den syke får problemer med nettbanken, blir mer likegyldig til eget stell og påkledning, at hen stadig stiller de samme spørsmålene om og om igjen (Norsk Helseinformatikk, 2020). Psykiske og atferdsmessige symptomer ved demens kan være depresjon, angst, hallusinasjon eller vrangforestilling, brå humør svingninger, endret personlighet og døgnrytme, tilbaketrekking og isolasjon. Det mest belastende symptom for både pasienter og pårørende er aggresjon, manglende hemninger og apati, som viser til å være veldig utfordrende for helsepersonell (Engstad, 2022, s.556). Prognosen av demens er påvirket av hvilke symptomer eller grunnmekanismer som driver utvikling av sykdommen. Ved tidlig oppdagelse av hvilken type demens, for eksempel vaskulær demens, og start av effektiv behandlingen kan sykdomsutvikling forsinkes og i beste fall stoppes (Engstad, 2022, s.558). Det finnes ingen kurativ behandling for demens ved nevrodegenerativ årsak, men det kan være forskjell med de andre typene. Uansett type demens, er det viktig at alle pasienter som lever med demens blir møtt med forståelse og respekt, og skal leve med et godt liv (Engstad, 2022, s.558).

1.4.2. Smerte

IASP (International Association for the Study of Pain) har beskrevet smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller som ligner den som er forbundet med, faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller skade (IASP, 2011). Helsedirektoratet har beskrevet smerte som er alltid subjektiv (Helsedirektoratet, 2019), en sterkt personlig og individuell forståelse og vurdering (Ordnnett, 2023). Smerte kan også bli beskrevet som kombinasjoner av fenomener, som er påvirket av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold (Helsedirektoratet, 2019). Gjennom sine livserfaringer kan individer lære begrepet smerte og hvordan å leve med det (IASP, 2011).

Smerte virker som et signal for å beskytte kroppen mot ytterlige skader, kroppen vår bruker smerte som eget alarmsystem. For eksempel, når man kjenner en varm kokeplate, flytter man da hånden for å unngå skade med en gang man kjenner smerte (Kongsgard, 2020, s.181). Forskninger viser at både fysiologiske og adferdsmessige endringer kan forbindes med smerte, og bekrefter at smerten er til stede, og viser alvorlighetsgraden (Heggen & Danielsen, 2020). Verbal beskrivelse er bare en av flere måter for å uttrykke smerte, og manglende evne til å kommunisere utelukker ikke muligheten for at et menneske plages med smerte (IASP, 2011).

Pasienter som har mild type demens har ikke problem med å uttrykke sine smerter til helsepersonell, og i denne grad av demens bruker vanligvis helsepersonell å kartlegge pasientens smertehistorikk. I moderat til alvorlig grad av kognitiv svikt i demens er lokalisering og uttrykkelse av smerte vanskelig å vurdere subjektiv (Sandvik & Husebø, 2011). Forskninger viser at pasienter på sykehjem med moderat til alvorlig grad av demens ikke lenger selv kan rapportere sine smerter (Sandvik & Husebø, 2011).

1.4.3. Smertekartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging av smerte omfatter fysiske undersøkelser av pasienten. Hvis pasienten klager over smerte eller viser ved sin atferd at vedkommende har smerte, er det viktig å undersøke pasienten fysisk (Torvik og Sandvik, 2022, s.402). Med smertekartleggingsverktøy kan helsepersonell kartlegge smertenivå hos pasienter med demens som ikke kan beskrive egen smerte. Pasientene med denne situasjonen er avhengige av pleiepersonale og andre omsorgspersoner for å tolke de verbale og ikke-verbale tegn for smerte. Basert på dette er smertekartleggingsinstrumenter nødvendig ved smertevurdering hos moderat til alvorlig pasienter med demens (Sandvik & Husebø, 2011). Det finnes mange typer av disse verktøy i verden. Den mest brukte i Norge er MOBID-2 smerteskala. MOBID-2 smerteskala er et av instrumentene som kan brukes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens (Sandvik & Husebø, 2011). Instrumentet ble utviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved Universitetet i Bergen. MOBID-2 er formulert og laget for pasientens hverdagssituasjoner på sykehjem. Den fanger opp de observasjoner pleierne gjør av smertereaksjoner hos sine pasienter under stell (Sandvik & Husebø, 2011). En annen kartleggingsverktøy som vi har kommet til i denne studie er ALGOPLUS. Dette er en atferds vurderingsskala for akutt smerte som ofte brukes til eldre mennesker med verbale kommunikasjonsvansker. ALGOPLUS-skalaen ble spesielt utviklet for å evaluere og håndtere akutte smerter hos eldre i alle situasjoner der pålitelig egenvurdering ikke er mulig, i denne oppgaven kan man bruke dette til pasienter med demens (Association Doloplus, 2022).

Vedlagt ligger MOBID- 2 og de andre smertekartleggingsverktøy

1.4.5. Tilnæringsmetoder

I denne oppgaven vil vi bruke personsentrert omsorg som en tilnæringsmetode for å forstå bedre pasienter med demens sykdom. Personsentrert omsorg er et begrep eller teori som brukes ofte i sykepleie og helse-omsorgstjenesten, mest vanlig i demens omsorg (Skovdahl, 2022, s.94). Personsentrert omsorg er fra den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood. Teorien

hans tar den enkelte pasient i sentrum og setter søkelys på pasientens verdier, ønskemål og behov, og legger vekt på hva det betyr av å respektere og ta vare på pasientens integritet og verdighet uansett helsestatus (Skovdahl, 2022, s.99). Bruk av denne teorien i praksis underbygger personens opplevelse av personverd, som best kjent på engelsk "personhood". Dette innebærer gjenkjennelse, å vise respekt og å skape tillit (Helsedirektoratet, 2022). Ved personsentrert sykepleie bruker vi begrepet personorientert kommunikasjon. Gjennom personorientert kommunikasjon skal sykepleiere være åpent og anerkjenner pasientens perspektiv, forstå pasientens psykososiale kontekst, ha en overensstemmelse med pasientens verdier og samarbeid med pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll på egen situasjon (Eide&Eide, 2022, s.17). Ved kommunikasjon med pasienten er det viktig å være oppmerksom og lytte godt til hva pasienten selv sier, enten verbalt eller non-verbalt uttrykk (Eide&Eide, 2022, s.17).

Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold setter søkelys på om lidelse som en ufravikelig del av det å være menneske kan hjelpe oss til å forstå hvorfor og hvordan man opplever smerte. (Kirkevold, 2009, s.113-114). Travelbee hevdet i sin definisjon at lidelse kan oppstå når mennesket opplever ulike typer tap eller plage, redusert egenverd eller å bli atskilt fra hverandre (Kirkevold, 2009, s.114). Videre, er lidelse er ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av kroppslig, åndelig eller emosjonell integritet, også kan være knyttet til det som betyr noe i livet for den enkelte person (Kirkevold, 2009, s.114).

1.4.6. Sykepleiers funksjon og ansvar

Den nasjonale faglige retningslinje om demensomsorg krever at alle tjenester mot pasienter med demens er knyttet til eksisterende krav rundt helse- og omsorgstjenestene i lov og forskrift (Helsebiblioteket, 2019). Forsvarlighet er viktig i sykepleiers arbeid. Dette er beskrevet i Helsepersonellovens krav til den enkelte helsepersonell, at plikten til å utføre sitt arbeid er i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som er forventet ut ifra helsepersonells kompetanse og kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2023, §4). I arbeid med pasienter med demens, er en sykepleier lovpålagt til å inneha kompetanse om personsentrerte helse- og omsorgstjenester, ha kunnskap om demenssykdom, møte pasienten med respekt, bli kjent med pasientens livshistorie og sykehistorie, og bruke disse til å tolke og forstå pasientens utfordrende atferd (Helsedirektoratet, 2019).

For å gi en behandling som gir et godt resultat skal sykepleier alltid bruke sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen er først beskrevet av Hildegard Peplau som alt det som skjer mellom sykepleier og pasient. Dette omfatter både mellommenneskelig arbeid og en systematisk arbeidsmetode for problemløsning. (Skaug, 2021, s. 45). Problemløsningsmetoden er framstilt i fem faser: kartlegging av behov for sykepleie, identifisere problem eller sykepleiediagnose, definere mål, velge tiltak eller handlinger og evaluere resultat. Problemløsningen utgjør en sirkel der kan sykepleier bevege seg fram og tilbake (Skaug, 2021, s. 46). Hver fase i denne problemløsende metode er avhengig på resultatet fra den forrige, kan overlape delvis hverandre og en må fortløpende vurdere behovet for å endre eller forbedre tidligere fase eller fasene (Skaug, 2021, s. 47).

I denne oppgaven ønsker vi å få frem spesifikke punkter i yrkesetiske retningslinjer som kan være avgjørende i hvordan vi kan søkelys på problemstillingen siden yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det grunnlaget for all sykepleie, at sykepleiere skal utøve sykepleien med respekt for det enkelte menneskets liv, verdighet og retten til å ta egne valg (Norsk sykepleierforbund, 2023). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hjelper sykepleierne til å finne den rette retningen i hvordan sykepleiere bør utføre sitt arbeid, og det vil si at disse brukes som veileder. Generelt sett er sykepleierens primære ansvarsområde er rettet mot mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester. Ansvar ved sykepleie innebærer

arbeid for helsefremming, sykdomsforebygging, gjenopprette helse, lindre lidelse eller bidra til en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Kapittel 2: METODE

2.1. Litteraturstudium som metode

Metode er en fremgangsmåte hvordan ny kunnskap fremskaffes eller etterprøves (Dalland, 2021, s.53). Metod delen hjelper oss til å samle inn data som kan bidra til å belyse problemstillingen (Dalland, 2021, s.54). Oppgaven er bygget fra en litteraturstudie, der data eller informasjoner fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori blir hentet (Dalland, 2021, s.199). Det betyr at kildene fra eksisterende vitenskapelige artikler, pensum, nettsider, retningslinjer, tidsskrifter og lovverk benyttes for å belyse problemstillingen.

2.2. Søkehistorikk og søkestrategi

Foran søkeprosessen finner vi først relevante litteraturer fra pensumbøker og artikler fra nettsider for å ha bedre forståelse om problemstillingen. Systematisk søkeprosess startet i 16. Juli 2023, og vi benyttet PICO skjema for å gjenkjenne relevante begreper i problemstillingen. Deretter formulerte vi søkeordene som er absolutt for å systematisere søkeprosessen. De fleste forskningsartiklene som er publisert er skrevet på engelsk og lite på norsk. Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis at man utvider søkeområdene, og ikke begrenset av forskningsartikler som er publisert på norsk språk (Nortvedt, et.al., 2022, s.40). På grunn av dette, har vi oversatt alle PICO-begrepene til engelsk og anvendt det ved søking av engelskspråklig litteratur. Dette er presentert i tabell 1. Funn i denne oppgaven skal ikke sammenlignes med noe standard smertebehandling, og dermed ble ikke C-punktet oppfylt.

Tabell 1. PICO-skjema

	Pasient/Problem (P)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
Norske ord	<ul style="list-style-type: none">• Eldre• Kognitiv svikt• Demens• sykehjem	<ul style="list-style-type: none">• Smertekartlegging• Smerte Vurdering• Smerte behandling• Ikke-farmakologisk intervensjon		<ul style="list-style-type: none">• Smertelindring• Forebygge smerte
Engelsk ord	<ul style="list-style-type: none">• Elderly, Older people, Older adult (ordnett.no)• Cognitive impaired (ordnett.no)• Dementia (ordnett.no)• Nursing Home, care home (ordnett.no)	<ul style="list-style-type: none">• Pain mapping (ordnett.no)• Pain assessment (ordnett.no)• Pain management (ordnett.no)• Non pharmacological intervention (ordnett.no)		<ul style="list-style-type: none">• Pain relief (ordnett.no)• Pain prevention (ordnett.no)

Systematisk litteratursøk ble gjennomført i Oria, PubMed, Cinahl og Google scholar. De fleste av de valgte artiklene i oppgaven er hentet fra PubMed, og to artikler fra Cinahl. Søkeord som ble hyppige anvendt var blant annet "demens", "smerte", "smertekartlegging" og "smertebehandling", og "dementia", "cognitive impaired", "elderly", "nursing home", "pain assessment" og "pain management" på engelsk kontekst. I databasen PubMed var søkeordene kombinerte med ett komma (,) som for eksempel «Demens, smerte». Komma kan tolke

samme som "og" eller "AND". Vi fulgte PICO skjema først i kombinasjon av søkeordene, som for eksempel Demens (P), Smertekartlegging (I), Smertelindring (O). Noen ganger treffer kombinasjonene ingen artikler, men variasjon av disse kombinasjon ga flere resultat, som vises i tabell 3 . Videre, for å gjøre resultatene smalere, avgrenset vi ved bruk av inklusjons kriterier, som presentert på tabell 2 i kapittel 2.3.

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet for å inkludere artikler som er viktig, og ekskludere det som ikke er relevant for oppgaven. Dette hjelper for å avgrense tema, sikrer at man får smalere søketreff, dermed gjør søkeprosessen enklere.

Denne litteraturstudien omhandler eldre pasienter som har kognitivt svikt på bakgrunn av langvarig sykdom kjent som demens. Tema er avgrenset rundt moderat til alvorlig grad av demens siden disse pasientgrupper har mest sannsynlig vansker til å uttrykke seg og til å bli forstått (Skovdahl, 2022, s. 422).

Til tross for smertebehandling inkluderer studien både ikke-farmakologisk og farmakologisk behandling, men vår studie er mest rettet mot forekomsten av bruk av smertestillende medisiner, og ikke for å finne den beste smertestillende medisinen. Studies struktur bygges på IMRAD og artiklene må være fagfelleverdert for å øke studies troverdigheten. Artiklene må også være publisert på norsk eller engelsk, og mest mulig publisert i de siste ti årene for å sørge for at funnene er tids-relevant og oppdatert i forhold til samfunns utviklingen.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier knyttet til artikkelsøk

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Eldre med alder > 65	Eldre med alder < 65 år
Sykehjemsboende	Hjemmeboende og pasienten på sykehus
Moderate til alvorlig grad demens	Mild grad demens
Smerte kartlegging og behandling	farmakologisk smerte behandling
Fagfelleverdert artikler / tidsskrift	
IMRAD- struktur	
Artikler publisert på norsk eller engelsk språk	
Artikler Publisert mellom 2013-2023	Artikler publisert før 2013

Tabell 3. Søketabell

Databas e	Søke dato	Søk e Nr.	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgt e artikl er
Cinahl	17.07.23	S1 S2 S3	Demens Smerte S1 AND S2		64 29 2	A

Pubmed	17.07.23	S1 S2 S3 S4 S5	Pain management Painmanagement,nursing home Painmanagement, nursing home, Cognitive impaired Painmanagement, nursing home, Cognitive impaired Painmanagement, nursing home, Cognitive impaired	2014-2023 Randomized contorolled trial	171326 1493 112 69 3	B
Cinahl	22.07.23	S1 S2 S3 S4 S5	Pain asesment Pain management Dementia S1 AND S2 AND S3 S1 AND S2 AND S3	2013-2023	18879 44606 78785 245 173	C
PubMed	25.07.23	S1 S2 S3 S4 S5	Pain Pain, older people Pain, older people, cognitive impairment Pain, older people, cognitive impairment Pain, older people, cognitive impairment	2014- 2023 review	1028346 22661 733 525 69	D
PubMed	25.07.23	S1 S2 S3 S4 S5	Pain Pain, nursing home Pain, nursing home, cognitive impairment Pain, nursing home, cognitive impairment, assesment Pain, nursing home, cognitive impairment, assesment	2014- 2023	1028346 4831 298 234 136	E
PubMed	11.09.23	S1 S2 S3 S4	Pain assessment Pain assessment, dementia Pain assessment, dementia, care homes Pain assessment, dementia, care homes	2014-2023	186713 1518 278 179	F

PubMed	11.09.23	S1 S2 S3 S4	Pain management Pain management, dementia Pain management, dementia, non pharmacological intervention Pain management, dementia, non pharmacological intervention	2014-2023	174810 1115 75 49	G,H
PubMed	01.10.23	S1 S2 S3 S4 S5	Dementia Dementia, pain management Dementia, pain management, older adults Dementia, pain management, older adults Dementia, pain management, older adults	2014-2023 Review	272560 1115 689 436 70	I

Inkluderte artikler

- A. Rostad, H., Grov, E., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 14(79184):e-79184. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- B. Liu, J.Y. & Leung, D. (2017). Pain Treatments for Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Pain Medicine*, 18(9); 1649–1657. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw242>
- C. Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *SageJournals*, 33(3); 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- D. Strand, L.I., Gundrosen, K.F., Lein, R.K., Laekman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R. & Husebo, B. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. *European Journal of Pain*, 23(4); 669-685. <https://doi.org/10.1002/ejp.1344>
- E. Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M.M., Osterbrink, J., Alzner, R. & Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16; 124. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0295-1>

- F. Felton, N., Lewis, J.S., Cockburn, S. -J., Hodgson, M. & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics* 6(4), 101. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101>
- G. Demange, M., Pino, M., Kerhervé, H., Rigaud, A.S. & Cantegreil-Kallen, I. (2019) Management of acute pain in dementia: a feasibility study of a robot-assisted intervention. *Journal of Pain Research* 12: 1833-1846. <https://doi.org/10.2147/JPR.S179640>
- H. Ellis, J. M., Wells, Y., & Ong, J. S. M. (2019). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. *Clinical Gerontologist*, 42(3), 286–296. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1399189>
- I. Koo, V., Shicheng, J., Wan, B. A., Ahrari, S., Lam, H., Rowbottom, L., Chow, S., Chow, R., Chow, E., & DeAngelis, C. (2018). Pain management in older adults with dementia: A selective review. *Journal of Pain Management*, 12:1833-1846. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JPR.S179640>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Til tross for en publisert artikkel har gjennomgått fagfelleevaluering, er det viktig å kunne vurdere påliteligheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og gjeldende til egen praksis (Nortvedt, et. al., 2022, s. 76). Inkluderte artikler i denne oppgaven ble valgt etter vårt førsteinntrykk på tittelen av artiklene og beskrivelse av studie gjennom artikkelens sammendrag eller abstrakt. Alle funnene hjelper til å besvare problemstillingen og er utformet etter IMRAD struktur. Det er beskrevet i tabell 4 hvordan artiklene ble vurdert ved bruk av inklusjons og eksklusjons kriterier. De valgte artikler har kvalitativt, tverrsnittstudie, randomisert kontrollert forsøk og systematisk oversikter studiedesign, i tillegg krever de ulike kontrollspørsmål, og ikke minst, har de anvendt sjekklister som passer best for studiedesignet i artiklene (Nortvedt, et. al., 2022, s. 78). Sjekklistene er et redskap for kritisk vurdering av artiklene, som sikre på at studien har et klart og godt formulert tema og formål slik at datasamlingsmetoden besvarer problemstillingen og ivaretar etiske prinsippene som gir resultatene troverdighet og dessuten for å vise relevans i praksis (Nortvedt, et. al., 2022, s. 78). Etter vurderingsprosessen ble 9 relevante artikler brukt i denne oppgaven.

2.5. Analyse

Artiklene i denne oppgaven ble funnet og undersøkt etter Evans' sin prosess av tolkning av data (Evan, 2002, s.25). Det handler om 4 steg som presenteres i tabellen 5.

Tabell 4. Evans' analyseprosess

Steg	Beskrivelse
Steg 1	Det første steg innebærer identifisering av hvilken type studie skal gjennomføres, og bestemme inklusjon- og eksklusjons kriterier. Det omfatter også om innsamling og utvelgelse av data (Evan, 2002, s.25). Det var presentert i kapittel 2.2, 2.3 og 2.4.

Steg	Beskrivelse
Steg 2	Det andre steg innebærer å gjenkjenne hovedfunn i hver enkelt studie for å få en dypere forståelse av forskningen, dette ble gjennomført ved å lese artiklene flere ganger slik at resultater og konsepter og forslag, som er fremhevet eller gjentatt nedbrytes til sin nøkkelkomponenter (Evan, 2002, s.25).
Steg 3	Det tredje steg handler om å sammenligne nøkkelfunnene på tvers av andre studier for å identifisere studiens likheter og ulikheter, kategorisert dem i området med likhet. Hovedtemaer og undertemaer skal formuleres og synteseres for å finne ensartethet og forskjellene (Evan, 2002, s.25). Dette blir presentert i tabell 5.
Steg 4	Dette fjerde og siste steget gir en detaljert beskrivelse av temaer og undertemaer i sammenheng med det som er på steg 3, og henviser det til opprinnelige studien for å kontrollere nøyaktigheten (Evan, 2002, s.25). Analysen av disse artiklene skal videre presenteres i kapittel 3: Resultat.

Tabell 5. Analyse av hoved-og undertemaer i artiklene

Hovedtema	Undertema	Artiklene som omhandler temaene
Smertes og demens	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleierens evne til å gjenkjenne smerter til pasienten med demens. • Forekomsten av smerte hos pasienter med demens • Smerteatferden og neuropsykiatrisk symptomer 	A, B, C, E, F, G, I
Smertekartlegging	<ul style="list-style-type: none"> • Smertevurderingsmetoder • Tolkning av kroppsspråk og ansiktsuttrykk. • Pålitelighet og effektivitet av metoder og verktøy for å måle smerte til pasienter som ikke kan rapportere. 	A, C, D, F, G
Behandling av smerte	<ul style="list-style-type: none"> • Riktig behandling av smerte • Ikke- farmakologisk som smerte behandling hos pasienter med demens • Nedsatt bruk av smertestillende og antipsykotika legemidler 	A, B, C, E, F, G, H, I

Kapittel 3: RESULTAT

3.1. Artikkelmatrise

Artikkelmatrisen presenterer artiklenes hensikt, metode, resultat og relevans for problemstilling.

Tabell 6. Artikkelmatrise

A	Referanse	Rostad, H., Grov, E., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14(79184):e-79184. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	å kartlegge forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens, og å etterforske kjennetegnene av denne pasientgruppen og smerte. Studien vil også sammenligne de kliniske og demografiske kjennetegn mellom en gruppe beboere med smerte og en gruppe uten smerter.
	Metode	Det er en kvantitativ studie som besto av 112 sykehjemsbeboere fra 16 sykehjem. Sykepleiere ved de enkelte sykehjemmene samlet inn demografiske data. Kliniske data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, agitasjon, aktiviteter i dagliglivet (ADL), somatisk helse og livskvalitet var samlet inn med bruk av et kartleggingsverktøy.
	Resultat	Undersøkelsen viser at to tredjedeler av utvalget hadde smerter. Beboerne med smerter hadde lavere livskvalitet sammenlignet med beboerne uten smerter. Studien viser også en sammenheng mellom det å ha smerter og et høyere behov for hjelp til personlige aktiviteter i dagliglivet og en høyere forekomst av depressive symptomer.
	Kommentar og relevans for problemstilling	Studien viser at smerte har stor påvirkning til livskvalitet av pasienter med langkommende demens. Funnene i studien om at det finnes ingen sammenheng mellom smerte og alder, kjønn eller somatisk helse kan være avgjørende ved vurdering av smerte hos eldre pasienter med demens. Symptomer som agitasjon kan forårsaket av smerte som er et av resultatene i denne studie, og dette kan støtte vår forståelse at agitasjon og uro blant pasienter med demens er en måte for pasienter for å vise at de har smerte. Systematisk kartlegging av smerte og andre symptomer er avgjørende for å gi en effektiv smertelindring til pasienter i denne pasientgruppe.
B	Referanse	Liu, J.Y. & Leung, D. (2017). Pain Treatments for Nursing Home Residents with Advanced Dementia. <i>Pain Medicine</i> , 18(9); 1649–1657. https://doi.org/10.1093/pm/pnw242

H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsm ål	å se faktorer assosiert med bruk av farmakologiske og ikke farmakologiske smertebehandlinger av pasienter med demens og svekket kommunikasjon.				
Metode	Dette er en tverrsnittsanalyse ved baseline av en randomisert kontrollert studie som besto av 125 sykehjemsbeboer med demens og svekket kommunikasjon.				
Resultat	Studien viser at av alle deltakerne, som har smerte, er det bare 23 (18,4 %) som har fått farmakologisk og 45 (36 %) som har fått ikke farmakologisk smertebehandling. Pasientene med høyere evne til å kommunisere har større sannsynlighet for å motta smertestillende medikamenter enn de med dårlig kognitiv status. Pasienten, som hadde bodd på sykehjemmet lenge og som var mer avhengige, hadde mindre sannsynlighet for å motta ikke farmakologisk smertebehandling, og det er på grunn av uoppmerksomheten til helsepersonell når det gjelder å oppdage smerte basert på ikke-verbale signaler/smerterelatert atferd. Dessuten er Implementering av observasjonsretningslinjer for smertevurdering og behandling anbefales som en klinisk relevant løsning for å forbedre smertebehandlingen for denne spesielle gruppen sykehjemsbeboere.				
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien viser at hovedårsaken til underbruk av smertestillende medisiner kan forbindes ved pasientens svekkelse av evnen til å kommunisere, samt helsepersonells evne til å oppdage pasientens smerterelaterte signaler og symptomer. Derfor har dette studie relevans i vår studie for å støtte det behovet for at et systematisk kartleggingsverktøy er absolutt for å forbedre smertebehandlingen for pasientene med demens og kognitiv svikt.				
C	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="231 1400 534 1556">Referanse</td> <td data-bbox="534 1400 1444 1556">Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>SageJournals</i>, 33(3); 29-33. https://doi.org/10.1177/010740831303300307</td> </tr> <tr> <td data-bbox="231 1568 534 1724">H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsm ål</td> <td data-bbox="534 1568 1444 1724">å utforske sykepleieres utfordringer og erfaringer med smertevurdering og smertelindring hos pasient med demens.</td> </tr> </table>	Referanse	Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>SageJournals</i> , 33(3); 29-33. https://doi.org/10.1177/010740831303300307	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsm ål	å utforske sykepleieres utfordringer og erfaringer med smertevurdering og smertelindring hos pasient med demens.
Referanse	Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>SageJournals</i> , 33(3); 29-33. https://doi.org/10.1177/010740831303300307				
H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsm ål	å utforske sykepleieres utfordringer og erfaringer med smertevurdering og smertelindring hos pasient med demens.				

Metode	Det er en kvalitativ studie, der data ble samlet inn gjennom tre ulike fokusgruppeintervjuer. Intervjuguiden handler om sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring. Deltakerne besto av 18 sykepleiere, som ansatt ved geriatrik avdelinger ved to ulike sykehus og en skjermet enhet for personer med demens i Norge. Deltakere har variert arbeidserfaring fra 3 til 35 år innen geriatri og/eller demensomsorg, ingen av dem hadde videreutdanning innen eldre eller demensomsorg.						
Resultat	Studien viser at vellykket smertelindring er pasientens selvrappotering av både behov for smertelindring og effekten av den. Behovet for smertelindring til pasientene, som har svekket evne til å uttrykke sin smerte, kan formidles enten gjennom atferd eller kroppsspråk, og derfor opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og kontinuerlig søkelys på mulige smerter hos pasientgruppen vil øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring. Studien hevder at det mer kvalitativ forskning er behov for å identifisere sykepleiernes spesifikke behov for kunnskap om demenssykdommer, samhandling og smertelindring hos pasienter med demens.						
Kommentar og relevans for problemstilling	Studiens funn gir relevans for problemstillingen vår på grunn av at det viser utfordringer sykepleier møter i å arbeide med pasienter med demens. Studien viser at arbeidet er både faglig spennende, men også utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring. Det viser også at vurdering og lindring av smerte til pasientene med demens er et eksisterende dilemma for mange sykepleierne. Sykepleierens kunnskap og ferdigheter til å vurderer en smerte, samt ved bruk av en effektivt smertekartleggingsverktøy, kan gi en effektiv smertelindring hos pasienter med demens.						
D	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="225 1451 536 1659">Referanse</td> <td data-bbox="536 1451 1439 1659">Strand, L. I., Gundrosen, K. F., Lein, R. K., Laekman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R., & Husebo, B. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. <i>European Journal of Pain</i>, 23(4); 669-685. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.1344</td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1659 536 1832">Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</td> <td data-bbox="536 1659 1439 1832">å utforske forskningsbevis for kroppsbevegelser som smerteindikatorer hos eldre mennesker med kognitiv svikt.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1832 536 2069">Metode</td> <td data-bbox="536 1832 1439 2069">Det er en systematisk oversikts studie som basert fra artikler fra database MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO og Cochrane bibliotek gjennomført fra februar 2015 opp til Mai 2018. 17 kvantitative og 8 kvalitative studier, som var hovedsakelig knyttet til eldre personer med demens, ble inkludert i systematiske oversikten.</td> </tr> </table>	Referanse	Strand, L. I., Gundrosen, K. F., Lein, R. K., Laekman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R., & Husebo, B. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. <i>European Journal of Pain</i> , 23(4); 669-685. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.1344	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	å utforske forskningsbevis for kroppsbevegelser som smerteindikatorer hos eldre mennesker med kognitiv svikt.	Metode	Det er en systematisk oversikts studie som basert fra artikler fra database MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO og Cochrane bibliotek gjennomført fra februar 2015 opp til Mai 2018. 17 kvantitative og 8 kvalitative studier, som var hovedsakelig knyttet til eldre personer med demens, ble inkludert i systematiske oversikten.
Referanse	Strand, L. I., Gundrosen, K. F., Lein, R. K., Laekman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R., & Husebo, B. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. <i>European Journal of Pain</i> , 23(4); 669-685. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.1344						
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	å utforske forskningsbevis for kroppsbevegelser som smerteindikatorer hos eldre mennesker med kognitiv svikt.						
Metode	Det er en systematisk oversikts studie som basert fra artikler fra database MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO og Cochrane bibliotek gjennomført fra februar 2015 opp til Mai 2018. 17 kvantitative og 8 kvalitative studier, som var hovedsakelig knyttet til eldre personer med demens, ble inkludert i systematiske oversikten.						

	Resultat	<p>Studien viser at rastløshet (agitasjon), gnidning, vakthold, rigiditet og fysisk aggresjon er det oftest reaksjoner hos pasientene med kognitiv svikt eller demens til smerteprovoserende aktiviteter, smertefulle prosedyrer og/eller smertestillende medisiner.</p>
	Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Studiens søkelys er kroppsspråket som er et viktig element for å vurdere smerte hos pasienter med demens eller kognitiv svikt. Funnene i studie viser at atferds endringer hos pasienter med kognitiv svikt eller demens trolig eksistere og har sterk forbindelse blant denne pasientgruppe.</p>
E	Referanse	<p>Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M.M., Osterbrink, J., Alzner, R. & Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i>, 16; 124. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0295-1</p>
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Analgetisk behandling i langtidspleien kan være mangelfull på grunn av beboernes nedsatte evne til å kommunisere smerte og behov. Underbehandlet smerte fører ofte til økende atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens hos beboere med kognitiv svikt, noe som resulterer i behandling med antipsykotika. Målet med denne studien er å analysere forskjeller i vurdering og farmakologisk behandling av smerte hos sykehjemsbeboere i forhold til deres kognitive tilstand og evne til å artikulere smerte.</p>
	Metode	<p>Det er en tversnittanalyse av en ikke eksperimental pre-post studie med semi- standardiserte intervensjoner for å optimalisere smertebehandling på sykehjem i Østerrike. Beboerne ble først delt inn i to grupper via Mini mental status Examination (MMSE): kognitivt uhemmet/slitt svekket (CUS) og kognitivt moderat til alvorlig svekket (CI), og CI- beboere ble deretter undergruppert etter deres evne til å kommunisere smerte via Verbal rating scale (VRS). Subgruppene var CI- V (kan selvrapportere) og CI- NV (kan ikke selvrapportere) Smerte atferd av beboerne var kartlagt med bruk av PAINAD.</p>
	Resultat	<p>Prevalens av smerte hos CI-beboere uavhengig av deres evne til å kommunisere smerte var 80 %, og de hadde signifikant mindre smertestillende resepter. I tillegg, har CI-beboere en signifikant høyere risiko for å ikke få smertestillende midler når de har smerter enn CUS-beboere. Bruk av antipsykotika var høy i alle gruppene (49 – 65 %) med flere forskrivninger i den kognitivt svekkede gruppen.</p>

	Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant fordi funn peker mot underbruk av smertestillende medisiner hos pasienter med kognitiv svikt, særlig de som ikke er i stand til å uttrykke smerte verbalt. Studien hevder implementering en standardisert rutinebasert smertevurdering tilpasset til disse pasient grupper. Med dette, kartlegging kan fremme erkjennelsen av smerte, kan garantere optimalisert smertelindring og redusere utilstrekkelig medisiner.
F	Referanse	Felton, N., Lewis, J.S., Cockburn, S. -J., Hodgson, M. & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. <i>Geriatrics</i> 6(4), 101. https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	Smerte er utbredt hos eldre pasienter med avansert demens som har kommunikasjonsvansker. til tross for smerte er anerkjent for å være til stede i denne pasientgruppe, er den ofte undervurdert og ineffektivt håndtert. Studien vil etterforske bevisene for bruk av smertekartleggingsverktøy til personer med avansert demens.
	Metode	Det er systematisk litteratur gjennomgang fra publikasjoner som ble hentet fra databaser AMED, CINAHL Plus, Medline, PsycINFO, EMBASE, TRIP Pro, Google Scholar og HINARI. Søket identifiserte 2221 studier, hvorav 26 ble inkludert i oversikten. Flertallet av studiene var observasjonsbaserte, noe som skapte en rik kilde med data for å lage fire hovedtemaer.
	Resultat	Studien tyder på at til tross for de finnes flere smertekartleggingsverktøy er det fortsatt ingen "gull standard" for å vurdere smerte i denne pasient gruppen, men dette bør heller komplimentere den kliniske vurderingen og erfaringen til personalet, inkludert deres kunnskap om individet. En helhetlig, tverrfaglig tilnærming er avgjørende, som er både strukturert og personsentrert. Smertevurderingsprosessen må være pågående og støttet av opplæring av personalet.
	Kommentar og relevans for problemstilling	Studien belyses oppgavens problemstilling fordi det hevder at det er ingen smertekartleggingsverktøy som kan er bedre enn de andre, men det kan øke personalets kjennskap og kunnskap om pasientens smerte symptomer. Studien påstår at kartleggingsverktøy og samtidig bruk av holistisk og personsentrert tilnæringsmetode kan hjelpe til en tilstrekkelig kartlegging av smerte hos pasienter med demens.

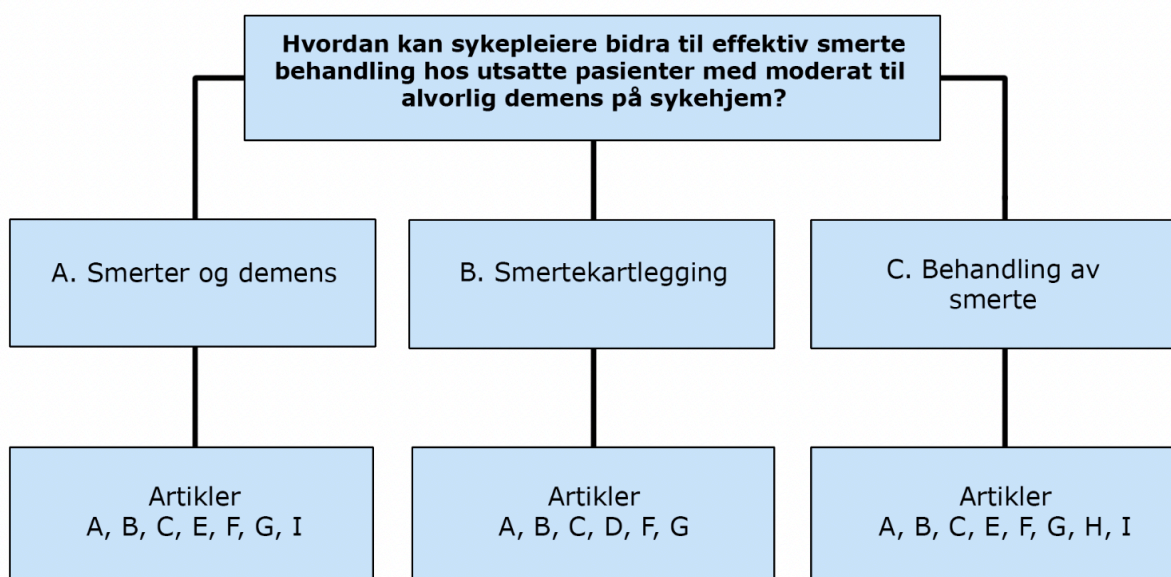
G	Referanse	Demange, M., Pino, M., Kerhervé, H., Rigaud, A.S. & Cantegreil-Kallen, I. (2019) Management of acute pain in dementia: a feasibility study of a robot-assisted intervention. <i>Journal of Pain Research</i> 12: 1833-1846. https://doi.org/10.2147/JPR.S179640
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	Den generelle hensikten med denne studien er todelt. Først å bestemme et generelt rammeverk for en intervensjon ved bruk av PARO-roboten som et medieringsverktøy for håndtering av smerte hos personer med demens. For det andre å undersøke gjennomførbarheten av denne intervensjonen, og å validere prosedyren for den fremtidige crossover og randomiserte kontrollerte studien.
	Metode	Det er et Mixed- metode forskningsdesign som kombinerer kvalitative og kvantitative tilnæringer ble brukt for å definere intervensjonsrammen. 57 helsepersonell ble rekruttert fra ulike medisinske og paramedisinske spesialiteter (f.eks. hjelpepleiere, sykepleiere, leger, psykologer) og med ekspertise innen gerontologi. Gjennomførbarheten av intervensjonen ble deretter vurdert med 12 pasienter som led av demens i smertefulle situasjoner for å validere prosedyren.
	Resultat	Fire hovedspørsmål har blitt behandlet: 1) identifiseringen av en kjernegruppe av smertefulle situasjoner knyttet til omsorg (vasking, påkledning/bytte, overføring/mobilisering), som for tiden anses som ineffektivt håndtert; 2) valg av en passende vurderingsmetodikk inkludert kriterier og verktøy for smerteevaluering; 3) definisjonen av helsepersonells opplæringsbehov og organisatoriske krav til gjennomføringen av dem; og 4) den opplevde nytten av en robotassistert intervensjon for håndtering av smerte ved demens i daglig praksis. Mulighetsstudien viste at det forhåndsdefinerte intervensjonsrammeverket var anvendelig og akseptabelt for flertallet av fagpersoner og pasienter.
	Kommentar og relevans for problemstilling	Studie har identifisert situasjoner og tidspunkter at pasienter med demens ofte oppleve smerter. Dette kan være nyttig i vår studie da dette kan hjelpe oss å justere behandlings og handlingskapasiteten til helsepersonell når man gjennomføre prosedyrer eller aktiviteter sammen med pasienter. Samt at det viser viktigheten av helsepersonells kompetanse, og hva de trenger til å forbedre. Studien er relevant til oppgaven fordi det vises at robot Paro kan være en ikke- farmakologisk smertebehandling hos personer med demens ved å distrahere pasienten under en smertefull situasjon, og i tillegg redusere pasientens aggressive atferd.

H	Referanse	Ellis, J. M., Wells, Y., & Ong, J. S. M. (2019). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. <i>Clinical Gerontologist</i> , 42(3), 286–296. https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1399189
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	Prosjektet hadde som mål å evaluere et smertebehandlingsprogram ved bruk av ikke-farmakologiske tilnærminger ved fem boliger for eldreomsorg i Australia.
	Metode	Smerte behandlings program involverte en fysioterapeut som gjennomførte massasjeterapi, TENS, øvelser og tøying, eller kombinasjoner av disse. 95 pasienter med demens, som har gjennomsnitt alder 83 år var rekruttert. Øktene varte i omtrent 10 minutter, og beboernes smertenivåer ble registrert ved hjelp av en 5-punkts skala før og etter hver behandling. Intervensjonsperioden for hver deltaker var de 8 ukene de mottok intervensjonen.
	Resultat	Ikke-farmakologiske kan være effektive for å redusere smerte og avhengighet av behovsmedisiner, spesielt når to eller flere brukes. Personale som jobber i eldreomsorgsmiljøer bør gis opplæring i smertevurdering og smertebehandling, med spesiell oppmerksomhet til beboere med demens.
	Kommentar og relevans for problemstilling	Studien viser at ikke- farmakologisk smerte behandling hos personer med demens kan være effektiv for å redusere bruk av ved behovsmedisiner. I tillegg er det avgjørende at sykepleier og andre helsepersonell bygge opp mer kompetanse ved opplæring av smertevurderingsmetoder og behandling, særlig hos pasienter med demens. Behandling av smerte slik som massasje kan hjelpe til å redusere smerte, men i denne studie, det viser at hyppighet av gjennomføring av disse prosedyrer er sjelden og derfor kan oftere gjennomføring være en faktor for mindre smerte.
I	Referanse	Koo, V., Shicheng, J., Wan, B. A., Ahrari, S., Lam, H., Rowbottom, L., Chow, S., Chow, R., Chow, E., & DeAngelis, C. (2018). Pain management in older adults with dementia: A selective review. <i>Journal of Pain Management</i> , 11(4), 333–344. https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6be09858-8d88-438b-a142-641090833d75@redis
	H e n s i k t , problemstilling og forskningsspørsmål	Det er å undersøke smertebehandlingsstrategier hos eldre voksne med demens fordi smerte og smertestillende medisiner ofte kan føre til forverring av kognitive symptomer.

Metode	Et selektivt litteratursøk ble utført ved bruk av Ovid MEDLINE, Embase Classic, Embase og Cochrane Central Register of Controlled Trials. Søkeord inkluderte: «eldre voksne», «demens», «smerte» og «smertebehandling». Søket ga 1 033 artikler, hvorav 11 ble inkludert i den endelige anmeldelsen.
Resultat	Det er bevis på at farmakologiske smertebehandlingsstrategier som bruker paracetamol som en førstelinjebehandling eller som en del av en trinnvis behandlingstilnærming hos pasienter med demens reduserte smerte og demensassosierte atferdssymptomer og forbedrede dagliglivets aktiviteter. Det er blandet eller begrenset bevis for å støtte ikke-farmakologiske strategier som Namaste Care Program, musikkintervensjon, øreakupress og massasjeterapi for smertebehandling i denne populasjonen. Andre farmakologiske/ikke-farmakologiske behandlingsstrategier krever ytterligere forskning for å bestemme effektiviteten deres for å håndtere smerte.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant i oppgaven fordi det viser at ved bruk av ikke-farmakologisk smertebehandling, slik som atferdsterapi, musikkterapi, øreakupressur og massasje på smerter, kan prege smerten og øke livskvaliteten hos pasienter med demens. Selv om oppgaven vår har søkelys på ikke-medikamentell behandling av smerte, kan peke på fra denne studie at i tillegg til ikke-medikamentell behandling, er medisinbehandling kan hjelpe til å redusere smerte hos pasientgruppen. Men behovet for mer forskningsstudier som er mer fokusert i denne tematikken er anbefalt for å konkretisere resultatet av denne studien.

3.2 Tematisk inndeling av resultat

Dette kapittelet presenterer resultatene under de ulike temaområdene.



3.2.1. Smerter og demens

Artiklene gjennomført av Rostad et al. (2019), Liu og Leung (2017), Lillekroken og Slettebø (2013), Bauer et al. (2016) og Demange et al. (2019) gjenkjenner at pasienter med demens har ofte problemer til kommunisere seg verbalt eller å forstå, dermed forekomsten av smerte blant disse pasient gruppen er høy. Artiklene hevder at det er utfordrende å vurdere og å behandle smerte hos denne pasient gruppen. Felton et al. (2021), Lillekorken og Slettebo (2013) og Ellis et al. (2020) fant at vurdering av smerter hos pasienter med avansert demens ofte medføre til at smerte var enten underbehandlet eller feilbehandlet. Bauer et al. (2016) påpekte at disse overlappende symptomer, som agitasjon, fornektelse eller tilbaketrekning, kan feiltolke som en psykiatrisk tilstand og resultater i upassende behandling med antipsykotisk medisin. Liu og Leung (2017) belyser at adekvat smertebehandlingen er avhengig av helsepersonellens evne til å gjenkjenne smerte hos pasientene i denne gruppen. Lillekroken og Slettebø (2013) fant at sykepleierne har gode kunnskap om smertelindring, men de har mangelfull eller har ingen rutiner for smerte kartlegging og behandling rettet til pasienter med demens.

3.2.2. Smertekartlegging

Lillekroken og Slettebø (2013) understreker at mye forskning for å utvikle valide og pålitelig standardiserte smertekartleggings instrumenter for eldre pasienter med demens har blitt gjennomført. Et mangfold kroppsbevegelser er rapportert som en uttrykk for smerte av erfarne sykepleier, men siden det er utfordrende å skille nevropsykiatrisk symptomer fra smerteatferd hos personer med demens var derfor nødvendig med supplerende bevis for å validere disse atferdene (Strand et al., 2018). I en systematisk gjennomgang studie viser PACSLAC, PAINAD og Doloplus er de smertekartleggingsskalaene anbefalt for personer med avansert demens på sykehjem når det gjelder reliabilitet og validitet (Felton et al, 2021). I studie av Demange et al. (2019) hevder at AGLOPUS skalaen ble funnet til å være et av de mest brukte smerteinstrument i klinisk praksis i Frankrike, etterfulgt av PAINAD-skalaen og Doloplus-skalaen for geriatriske kroniske smerter. Selv om det finnes flere observasjonsverktøy for smertevurdering er det fremdeles ingen "gullstandard" for å vurdere smerte hos pasienter med kognitiv svikt, og at kjennskap om pasienten under smertevurdering er avgjørende, og har blitt betegnet som "sølv standarden" (Felton et al., 2021).

3.2.3. Behandling av smerte

All smertebehandling må igangsettes på bakgrunn av en systematisk smertekartlegging av den eldre pasientens tilstand (Lillekroken og Slettebø, 2013). Rostad et al. (2019) hevder at "systematisk kartlegging av sykehjemsbeboere med langtkommen demens er avgjørende fordi det kan gi helsepersonell føringer for videre observasjoner og vurderinger og hjelpe til med å identifisere hvilke beboere som har behov for tiltak". Liu og Leung (2017) og Bauer et al. (2016) belyser at systematisk bruk av standardiserte smertevurderinger på sykehjem har vist seg å være en klinisk relevant intervensjon, og det kan garantere en best mulig smertebehandling ved å redusere utilstrekkelig medisinerings. Derfor er det viktig at helsepersonale i omsorgsinstitusjoner bør gis opplæring i smertevurdering og smertebehandling, med spesiell oppmerksomhet til beboere med demens (Ellis et al., 2020). Demange et al. (2019) påpekte at farmakologisk intervensjon anses som en førstelinjebehandling for smerte hos pasienter med demens, og de mest undersøkte ikke-farmakologiske alternativene for smertebehandling i eldreomsorgen er musikkterapi, kulde- eller varmeterapi, massasje, støttende verbal kommunikasjon, støttende berøring og avspenning Demange et al. (2019). Koo et al. (2018) støtte videre at Namaste-omsorgsprogrammet, musikkintervensjon, øreakupressur og massasje for eldre pasientene med demens viste blandet effekt for å redusere smerte. Ellis et al. (2020) hevder at kombinasjon av ikke- farmakologiske intervensjon gir en bedre smertelindring enn bruk av kun

en intervensjon. Demange et al. (2019) studie anbefaler bruk av PARO, en dyrelignende robot, som et terapeutiske verktøy for pasienter med avansert demens. Felton, et al. (2021) belyser at det er viktig å involvere helsepersoneller som har klinisk kunnskap og kjennskap med pasienten. Ellis et al. (2020) støtter videre at regelmessig opplæring og utdanning av ansatte er betydelig for en bedre kartlegging og håndtering av smerte hos pasienter med demens.

Kapittel 4: DISKUSJON

4.1. Dilemmaer ved demens og smerter

For å bidra til effektiv smertebehandling hos pasienter med demens og som har språkproblemer har vi i denne delen ønsket å få frem eksisterende dilemmaer og utfordringer som møter sykepleiere og i hverdagene på sykehjem.

Det er kjent at mange eldre mennesker plages med smerte, men får ikke en tilfredsstillende smerte behandling. Problematikken gjelder særlig de pasienter med kognitiv svikt og personer som av andre grunner ikke kan formidle sin smerte (Torvik og Sandvik, 2022, s.397). Demenssykdom er en samlet betegnelse på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap, og derfor resulterer til påvirket atferd og evnen til å huske, tenke, og utføre de vanlige daglige aktiviteter (Strand, 2021). Manglende evne til å kommunisere egen smerte betyr ikke at en person kan ikke oppleve smerte og ikke har behov for behandling av smerte (Torvik og Sandvik, 2022, s.397). I et sykehjem bor det pasienter som har demens, og som oftest har smerter, men som ikke klarer å fortelle om dem selv (Sandvik, 2020). Demenssykdom er progredierende som gjør at pasienter får nedsatt evne til å kommunisere som årene går, derfor krever det kompetanse til å observere disse endringer hos helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022).

Pasienter med mild grad av demens vil normalt kunne fortelle sine smerteopplevelser på en pålitelig måte både med hensyn til symptomer, intensitet og lokalisasjon. Pasienter i denne grad kan utredning av smerte baseres på en kartleggingsamtale og klinisk undersøkelse, som for eksempel bruk av et strukturert spørreskjema (Helsedirektoratet, 2022). Liu og Leung (2017) forskningsstudiet om smertebehandling blant pasienter med demens på sykehjem viser at pasienter med bedre evner til å verbalisere deres smerte og har mindre lokalisert smerte får mer smertemedisin enn de pasienter som ikke kan uttrykke seg. For personer med moderat til alvorlig grad av demens kan det være utredning av smerte mer utfordrende når demenssykdommen utvikler seg, både når det gjelder å avdekke symptomer, intensitet og lokalisasjon (Helsedirektoratet, 2022). Manglende kommunikasjonsevne for å kunne uttrykke sine opplevelser, fører til at smerte kan komme til uttrykk gjennom atferdsendringer, for eksempel rastløshet, ansiktsgrimaser, klaging, fysisk unnvikelse og økning eller redusert daglige aktivitetsnivået (Helsedirektoratet, 2022). Lillekrokken og Slettebø (2013), og Ellis et. al. (2020) fant at manglende evne til å verbalisere sin smerte kan gjøre at mange pasienter med demens er sårbare til å bli under-, over- eller feilmedisinert. Andre forskninger støtter også dette resultatet, og de var enige at pasienter med alvorlig demens har ofte problemer til å kommunisere seg, enten til å uttrykke seg verbalt eller til å bli forstått. Derfor høy forekomst av smerte som ikke blir behandlet er forventet Rostad et al. (2019), Liu og Leung (2017), Bauer et. al. (2016), Demange et al. (2019). Ubehandlet smerte hos de eldre medfører til redusert livskvalitet, og kan påvirke deres kognitive og emosjonelle tilstand, og gir økt risiko for konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser (Torvik og Sandvik, 2022, s.399).

Smerteatferd hos en person med demens kan for eksempel være forandringer i ansiktsuttrykk, bevegelsesmønster, utrop eller avvergingsreaksjoner slik som agitasjon og uro. En vanlig utfordring som er kjent i mange tilfeller er at typisk smerteatferd kan oppfattes som uttrykk for selve demenssykdommen. Dette kan føre til at pasienter får beroligende legemidler eller antidepressiva i stedet for legemidler mot smerte (Helsedirektoratet, 2022). Bauer et al. (2016) støtter i deres studie at kognitiv sviktet pasienter kan vise smerte ved atferd og psykologiske symptomer liksom agitasjon, fornektelse eller tilbaketrekning. Disse kan være feiltolket som en psykiatrisk tilstand og resulterer i upassende behandling med antipsykotisk medisin. Samtidig andre type medisiner og særlige smertestillende medisiner kan overbelaste pasientens hjerne (Lillekrokken & Slettebø, 2013). Dette kan føre til alvorlige bivirkninger og

som kan komplisere eller skjule aktuelle symptomer for smerter. Bivirkninger kan lett forveksles med symptomer ved alvorlig demens og det kan være vanskelig å skille fra psykiske symptomer (Lillekrokken & Slettebø, 2013). Smertestillende legemidler har økt bruk i sykehjem, oftest brukt er paracetamol og opioider. Blant pasienter med demens er det hyppig bruk av smertepaster og sterke opioider. Til tross med bruken av disse medisiner er det fortsatt mange som ikke blir tilstrekkelig smerte lindret (Torvik og Sandvik, 2022, s.398).

De fleste pasienter med demens har et komplisert sykdomsbilde med smerteproblematikk hvor polyfarmasi kan bidra til å forverre pasientens helsetilstand. Det kan bli problematisk dersom sykepleierne ikke observerer og forstår hva demenssykdommen i sin utvikling kan føre til og ikke kan skille forskjellen mellom atferdsendringer hos pasienten på grunn av demens eller på grunn av akutt oppstått sykdom (Lillekrokken & Slettebø, 2013). Noen pasienter som har lidd av kroniske smerter i lang tid kan begynne å gå saktere, blir sengeliggende, eller mister/reduert matlysten (Liu og Leung, 2017). Liu og Leung (2017) gjenkjenner i deres funn at sykepleiere kan være underbevisst for tegn på smerte blant pasienter med demens og kommunikasjonssvikt, og dette kan være avgjørende forklaring ved underbruk av smertebehandling. Dessuten tilknyttet de at på grunn av utbredelsen av smerte i sykehjem, er sykepleiere konstant omgitt av mennesker som lider av ulike typer og nivåer av smerte (Liu og Leung, 2017). Sykepleiere er ofte utsatt for disse subtile endringer i pasientens atferd som kan være uspesifikke for smerte, og det kan skje at de ikke blir oppmerksomt på disse som indikasjoner på et problem som krever behandling (Liu og Leung, 2017). Overlappende atferdsmessige måte å uttrykke smerte, depressive symptomer og demens er ikke lett for helsepersonell å skille forskjellen mellom (Rostad et al., 2019). I vår praksis og erfaring har vi observert at mange pasienter med demens blir utsatt for under eller feil behandling av smerte siden de har allerede faste smertestillende, og så lenge at de ikke er urolig, viser vanskelig atferd, og uttrykke deres smerter blir de under prioritert over andre oppgaver og andre pasienter som kan verbalisere deres behov.

Felton et al. (2021), Liu og Leung (2017) belyser at adekvat smertebehandlingen er avhengig av helsepersonells evne til å gjenkjenne smerte hos pasientene i denne gruppen. Lillekrokken og Slettebø (2013) beviser at sykepleierne har gode kunnskap om smertelindring, men de mangler eller har ingen rutiner for kartlegging og behandling av smerte rettet mot pasienter med demens. Mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleier og leger eksisterer som barrierer for effektiv vurdering og behandling. Det er beskrevet at noen helsepersonell er usikker rundt trygg bruk av opioider hos pasienter med demens (Torvik og Sandvik, 2022, s.400). I tillegg, stort arbeidspress og oppgavebelastning, varierende kunnskap hos sykepleierne og lite medisinsk støtte bidrar til at eldre pasienter ikke får best mulig smertebehandling (Torvik og Sandvik, 2022, s.400). Ellis et al. (2020) støtter videre at regelmessig opplæring og utdanning av ansatte er betydelig for en bedre kartlegging og håndtering av smerte.

Funnene i denne delen har stor relevans i sykepleien fordi de hever frem dilemmaer og utfordringer vi møter som sykepleiere slik at vi kan tilby en god smertelindring, vise respekt til den enkelte og tilby et liv med verdi og integritet. Som beskrevet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er sykepleiers ansvarsområdet rettet mot mennesker som har behov for sykepleie, og dette innebærer helsefremming, forebygging og lindring av lidelse samt at sykepleier ivaretar den enkeltes verdighet og integritet gjennom omsorgsfull og forsvarlige helsetjenester (Norsk sykepleierforbund, 2023).

4.2. Systematisk og effektiv smertekartlegging

Smerte ofte referert som *det femte vitale tegn*, derfor dette må kartlegges og dokumenteres regelmessig på samme linje med andre livstegn (Torvik og Sandvik, 2022, s.402). Jamfør §4 helsepersonelloven om kravet om faglig forsvarlighet er pasienter med demens har samme

krav til helhetlig omsorg som andre pasientgrupper. Følger med dette er en plikt for sykepleiere til å vurdere smerte, administrere effektivt smertelindrende tiltak og observere tidlige tegn på bivirkninger slik at de ikke blir for stor belastning for den pasienten med demens (Lillekroken og Slettebø, 2013). Pasienter med mild demens kan fremdeles beskrive sin smerte, mens pasienter med moderat til alvorlig grad demens kan derimot ikke eller har begrenset grad til å gi en pålitelig vurdering av sine plager. Derfor er vanlig smerteskala som Numeric Rating Scale ikke tilstrekkelig for smertevurderingen (Husebø, et al., 2020, s. 242). Om pasienter med demens ikke rapporterer sin smerte betyr ikke at de ikke opplever smerte og derfor ikke har behov for smertelindring (Torvik og Sandvik, 2022, s.397).

Eldre pasienter med kognitiv svikt er mer sannsynlig til å uttrykke smerte gjennom atferdsendring enn de som har normal kognitiv tilstand gjør (Strand et al.,2018). Vandring, roping, gråt og brå endring i atferd, kan være noe av de nevropsykiatrisk symptomer er for eksempel (Torvik og Sandvik, 2022, s.423) . Dette er i sammenheng med Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie som peker på at disse symptomer kan også anses som tydelig tegn på smerte. Ifølge Strand et al. (2018) er det sterke bevis for at rastløshet, rubbing, vakthold, stivhet og fysisk aggresjon var gyldige indikatorer på smerte. Smerteatferd og nevropsykiatrisk symptomer av demens kan være overlappende, derfor det krever et supplerende bevis for å validere disse atferdene (Strand et al.,2018). Til tross for at mange eldre har muskel- og skjelettsmerter eller kan få smerter fra indre organer i forbindelse med bevegelser, samt at flere daglige aktiviteter kan sannsynligvis fremprovosere smerte, kan vi fortsatt ikke være sikre på at aktivitetene provoserer smerte hos alle vurderte pasienter (Strand et al.,2018). Noen kroppsbevegelser som rastløshet og gnissing ble oftest sett under hvile, mens avstivende og beskyttede bevegelser oftest ble sett forflytninger, og der er derfor avgjørende at smerteatferd observeres under begge tilstander (Strand et al.,2018). Liu og Leung (2017) fremhevet at alle helsepersonell som er med pasientens behandling må kunne gjenkjenne smerte som det første trinnet i prosessen i smerte behandling. Vi har observert i praksis at noen sykepleiere bruker smertevurderingsverktøy, og mange vet at de eksisterer, men fortsatt er disse ikke blitt tatt i bruk. Noen helsepersonell mangler fortsatt opplæring i bruk av disse, samt at de forventer at det kun er sykepleiere som skal gjennomføre disse oppgaver.

Det er 35 forskjellige observasjon basert på skjemaer, som var utviklet og testet, for å kartlegge smerte hos eldre som ikke kan kommunisere seg verbalt (Husebø et al., 2020, s. 245). I studie av Felton et al. (2021) anbefalte bruk av PACSLAC og PAINAD fordi det er mest klinisk relevant og er derfor et nyttig verktøy i praksis for pasienter med demens (Felton et al, 2021). PACSLAC har god innholds validitet som gjelder spesifikt egenskaper ved smerte hos personer med avansert demens, men er ikke anvendelig som et daglig verktøy siden sjekklister består av 60 punkter, og kartleggingsprosessen tar for lang tid (Felton et al, 2021). PAINAD som et annen alternativt, består av fem elementer, og ble beskrevet som mer brukervennlig, selv om korthet kompromitterer styrkens pålitelighet av resultatet (Felton et al, 2021). ALGOPLUS smerteskala har vært et av de mest brukte smerteinstrumentene i klinisk praksis med pasienter som lider av demens, etterfulgt av PAINAD skalaen og Doloplus skalaen for geriatrisk kroniske smerter (Demange et al, 2019). I en studie, har helsepersonell uttrykket at ALGOPLUS smerteskala er veldig enkelt til å forstå og å administrere, og ikke minst på grunn av at estimert tid for å fullføre skalaen kun var 2-3 minutter. De var enige at gjennomføringstid er ganske passende for pasienten med demens (Demange et al, 2019). I Norge er det Doloplus, CNPI og MOBID-2 smerteskala brukes oftest i sykehjem (Husebø, et al., 2020, s. 245). CNPI ble utviklet spesielt for eldre med hoftebrudd, og er midlertidig et skjema for å kartlegge smerte etter operasjon (Torvik og Sandvik, 2022, s.405). Doloplus har vist seg som et veldig nyttig hjelpemiddel til kartlegging av kroniske smerter hos sykehjemspasienter med demens (Torvik og Sandvik, 2022, s.406). MOBID- 2 smerteskalaen har vist evnen til å

avdekke kronisk smerte hos personer med ulike typer og grader av demens, samt ved å fange opp forandring i smerteintensitet som følge av smertebehandling (Husebø, et al., 2020, s.245).

Selv om det viser store antall av observasjonsverktøy for smertevurdering som er utviklet og evaluert, er det fremdeles ingen "gullstandard" for å vurdere smerte i denne vår pasientgruppe (Felton et al, 2021). Liu og Leung (2017) understreker at god dokumentasjon kan også forbedre kommunikasjon og bidra til et godt tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleierne og andre helsepersonell for å behandle smerte. Implementering av standardiserte smertevurderinger kan fremme gjenkjennelsen av smerte, garanterer best mulig smertebehandling, redusere utilstrekkelig medisiner og dermed øke sjansen for like effektiv smertebehandling uavhengig av kognitiv tilstand (Bauer et al., 2016).

4.3. Mål og tiltak i behandling av smerte

Å bli kjent med pasienter med demens er en vanskelig oppgave som ved oppdagelse av demenssykdom trenger tidlig informasjonssamling. Gjennom tidlig identifisering av helse- og funksjonssvikt kan videreutviklingen i den eldres helse, funksjon og livskvalitet få en stor betydning senere i deres liv (Kirkevold og Jeppestøl, 2022, s.115). Pasienter som ikke kan rapportere smerte selv er en sårbar og utsatt gruppe, og er avhengig av at sykepleiere observerer og tolker deres måte å uttrykke ikke- verbale smertetegn. For å få best mulig observasjonsbasert smertekartlegging, er det viktig at den som observerer pasienten kjenner pasienten godt (Torvik og Sandvik, 2022, s.406). I utøvelse av sykepleien til pasienter med demens skal sykepleier anvende seg til de yrkesetiske retningslinjer der sykepleier ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, ved å jobbe faglig, etisk og juridisk forsvarlig, vise respekt og omtanke til pasienten, og bidrar aktivt til etisk refleksjon. Sykepleieren lar seg ikke påvirke eller begrense av forhold knyttet til alder, funksjonsbegrensninger eller sykdom som vi ser hos pasienter med demens, og alltid se på dem som i lik linje med andre mennesker (Norsk sykepleierforbund, 2023). Felton et. al., (2021) hevder viktigheten av å involvere helsepersonell som har klinisk kunnskap og kjennskap om pasienten. Kartleggingsverktøy for smerte alene er ikke tilstrekkelig for å endre praksis og forbedre smertebehandling. Å inkludere regelmessig opplæring og videreutdanning av helsepersonell er avgjørende for å forbedre smertekartlegging og behandling, kombinert med klinisk dømmekraft og familiaritet med pasienten (Felton et. al., 2021). Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold hevder at en sykepleier jobber i en mellommenneskelig prosess der sykepleier hjelper et individ i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Kirkevold, 2009, s.113). Pasienter med alvorlig grad av demens kan ikke reflektere på grunn av kognitivsvikt om disse erfaringene (Torvik og Sandvik, 2022, s.422), derfor må sykepleiere og andre helsepersonell vurdere på vegne av dem (Sandvik, 2020). Travelbees søkelys på lidelse som en ufravikelig del av det å være menneske kan forklare hvorfor og hvordan man opplever smerte. Hennes definisjon på lidelse hevder at dette kan oppstå når et menneske opplever ulike typer tap eller plage, redusert egenverd eller å bli atskilt fra hverandre. Lidelse er ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av kroppslig del, åndelig eller emosjonell integritet, også kan være knyttet til det som betyr mye i livet for den enkelte person (Kirkevold, 2009, s.114).

For å realisere personsentrert omsorg trengs det godt lederskap, stabil ledelse, tverrfaglig samarbeid gjennom effektive kommunikasjonskanaler. Virksomheter må investere i kompetanseutvikling og utdanning, med søkelys på kulturendring i tjenesten (Kirkevold, 2022, s.100) Slik at en god sykepleie kunne gis til pasienten er det nødvendig å bli kjent med pasienten og inneha kunnskap om årsaken til den kognitive svikten, hvilke funksjoner personen med demens fremdeles har, og hvilke som er svekket. I person- og individtilpasset sykepleie, sykepleiere må ha noen sentrale ferdigheter, evnen til å være oppmerksomme,

innebærer kontinuerlig observasjon og/eller kommunikasjonsferdigheter for å få vite hvordan den enkelte har det og hva vedkommende trenger. (Kirkevold, 2022, s.98)

Behandling av smerter er en stor utfordring for sykepleiere, og dette har vi etablert i første delen som forutsetning i møte med pasienter med demens. Derfor må alle smertebehandling igangsettes på bakgrunn av en systematisk smertekartlegging av den eldre pasientens tilstand (Lillekroken og Slettebø, 2013). Disse funn er i sammenheng med Rostad et al. (2019) forskning som beskriver at systematisk kartlegging av sykehjemsbeboere med alvorlig demens er avgjørende fordi det kan gi helsepersonell føringer for videre observasjoner og vurderinger og hjelpe til å identifisere hvilke beboere som har behov for tiltak. Sykepleiere må være oppdatert, og i stor grad utformer sykepleien med utgangspunkt i standardiserte prosedyrer og kliniske retningslinjer, som er basert på generell, vitenskapelig kunnskap og erfaringsbasert faglig kunnskap. Denne trenden skal sikre at helsetjenesten er basert på prinsippet at pasient får best mulig hjelp uansett hvem som møter pasienten på jobb. Dette er et meget viktig prinsipp, men ulempen med dette er at det kan også føre til at tjenestene blir rutinepregede (Kirkevold, 2022, s.98). Liu og Leung (2017) og Bauer et al. (2016) belyser at systematisk bruk av standardiserte smertevurderinger på sykehjem har vist seg å være en klinisk relevant intervensjon, og det kan garantere en best mulig smertebehandling ved å redusere utilstrekkelig medisinerings. Derfor er det viktig at sykepleier i sykehjem gjennomgår opplæring i smertevurdering og smertebehandling, med spesiell oppmerksomhet til pasienter med demens (Ellis et al., 2020).

Ellis et al. (2020) hevder at kombinasjon av ikke- farmakologiske intervensjon gir en bedre smertelindring enn intervensjon som er gitt alene. Ikke medikamentelle metoder bør brukes når det er mulig, alene eller i kombinasjon med medikamentelle tiltak. Ved å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder kan en oppnå økt effekt. Ikke-medikamentelle smertebehandling omfatter et utvalg av fysiske og psykiske behandlingstiltak som ofte forutsetter at den enkelte eldre selv deltar aktivt. Ikke-medikamentelle tiltak som på ulike måter bidrar til å styrke eldre menneskers mestring og lindring av smerte. Ikke-medikamentelle eksempler er pasientundervisning, kognitiv atferdsterapi, massasje, musikkterapi, fysisk aktivitet og trening og bruk av tekniske hjelpemidler. (Torvik og Sandvik, 2022, s.409). Demange et al. (2019) hevder at farmakologisk intervensjon anses som en førstelinjebehandling for smerte hos pasienter med demens, og de støtter bruk av ikke-medikamentelle alternativene for smertebehandling i eldreomsorgen som musikkterapi, kulde- eller varmeterapi, massasje, støttende verbal kommunikasjon, støttende berøring og avspenning (Demange et al, 2019). Massasje er oftest brukt når noen har smerte, dette er en velkjent metode for å fremme avslapning. Ved å stimulere huden og underliggende vev med trykk fra hendene i forskjellig styrke kan man redusere smerte, fremme avslapning og /eller fremme blodgjennomstrømning. (Torvik og Sandvik, 2022, s.410). Ved erfaring har vi observert at I tillegg til massasje kan man bruke smertestillende i form av gel eller salve særlig på pasienter med lokalisert smerte, for eksempel i skuldre og kneet. Koo et al. (2018) støtter videre at Namaste-omsorgsprogrammet, musikkintervensjon, øreakupressur og massasje for eldre pasientene med demens viste blandet effekt å redusere smerte. For mange kan musikk redusere intensiteten på nevropatisk smerte, for eksempel fibromyalgi. Det er avgjørende å kartlegge først om pasienten er interessert i musikk, og i så fall hva slags musikk. Dessuten sykepleiere hjelper også pasient til å sette seg godt til rette i omgivelser ved å begrense ytre stimuli som lys, lyd og unødvendige forstyrrelser (Torvik og Sandvik, 2022, s.411). Musikk er ofte bruk på sykehjem der vi jobber. Musikk som er veldig kjent for pasienter, som dansemusikk, kan trekke gamle gode minner og kan dermed avlede smerte og kan stimulere pasienter på en positiv måte. Men dette kan gi et tilbakefall hvis man bruker det veldig ofte og kanskje for mye at dette fører til enda mer smerte og eventuelt uønsket atferd.

Velferdsteknologi kan være et tema som kan bruke i behandling av pasienter med demens og smerte. Et eksempel er bruk av PARO, en dyrelignende robot, som et terapeutiske verktøy for pasientene med avansert demens (Demange et al, 2019). Selen PARO er et høyteknologiske robot med sensorer plassert på forskjellige steder i kroppen til PARO. Sensorer registrerer berøring, tale, endring i lys og temperatur, og kan respondere ved bevegelse, lys og åpning/lukking av sine øyne. Og ikke minst, PARO har myk pels som både sjarmerer og innbyr kontakt. Robotselen PARO er designet for å spille på tilsvarende følelser som kjæledyr kan gi. Analyse ved brukt av PARO viser at roboten sprer glede og stimulans, og forskningen viser at den øke livskvaliteten særlig blant personer med alvorlig demens (Torvik og Sandvik, 2022, s.433).

4.4. Metodediskusjon: Styrker og svakheter

Denne litteraturgjennomgangen tar for seg både kvalitative og kvantitative forskningsstudier, som kan gi et bredere perspektiv for å belyse problemstillingen. Oppgaven også benyttet systematisk oversiktsartikler som gir en bredere oversikt om smertekartleggingsverktøy og kroppsbevegelser relatert til smerte hos pasienter med demens. Artiklene viser relevant sykepleie og er på sin måte med til å besvare og belyse problemstillingen. Dessuten var det artiklene fra Rostad et al. (2019) og Lillekroken og Slettebø (2013), som var utforsket i Norge, kan fremheve oppgavens relevans i det norske helsesystemet. Når det gjelder oppgavens gyldighet er artiklene eksisterende og 7 av 9 artikler var gjennomført de siste fem år. De vitenskapelige artiklene er supplert med teorier fra nyeste utgave pensum bøker og troverdige nettsider. Oppgavens svakhet kan være at artiklene fra Liu og Leung (2017), Koo et al. (2018) og Ellis et al. (2020), som var gjennomført utenfor Europa, kan medføre at forskjellen på kulturell bakgrunn kan ha innvirkning på resultat i oppgaven. I forbindelse med brukt av ikke-medikamentelle tilnærming mot smerte, var en studie gjennomført og vurdert av gruppe av fysioterapeut (Ellis et al., 2020), og det kan derfor anta at de har en alternativ måte på smertevurderingen selv om studien hevdet relevans i sykepleie. Algoplus smerteskala har vist seg som enkleste og mest brukervennlig for å kartlegge smerte hos pasienter med demens i andre land (Demange et al, 2019), men vi fant ingen studie som kan støtte bruk av dette i norske forskninger. Derfor anbefaler vi mer forskning i dette området. Forfatterne har gitt et subjektivt syn på artiklene, og det antas at noe synspunkt har blitt oversett og mistolket. Begge forfatterne i denne studie har utenlandsk bakgrunn og har norsk som tredje språk, som kan anses som svakhet i denne studien.

Kapittel 5: KONKLUSJON

Pasientens selvrapportering av smerte er grunnleggende i smertevurderingen, men barriere som språkproblematikk og eksisterende psykiske lidelse som demenssykdom kan gjøre det enda vanskeligere. Pasienter med demens som ikke kan uttrykke sin smerte er fremdeles en stor utfordring for sykepleiere. Mange pasienter, spesielt i sykehjem der de fleste pasienter med alvorlig grad av demens bor, er fortsatt underbehandlet og feil behandlet på grunn av at demenssykdommen i seg selv er veldig komplisert. Pasienter med alvorlig grad av demens kan vise eller kommunisere deres smerte ved atferdsendring. På grunn av nevropsykiatriske symptomer og selve smertesymptomer kan være overlappende, er det vesentlig for sykepleiere til å ha evnen til å skille disse symptomer.

Sykepleiere kan bidra til effektiv smertebehandling hos pasienter med demens ved bruk av tilnæringsmetoder som personsentrert omsorg kombinert med smertevurderingsverktøy. Disse bidrar til bedre kjennskap om pasientens smerte, vaner og atferd. Mange artikler som vi har funnet har søkelys på smertekartlegging og behandling, men bruk av kommunikasjonsferdigheter er for lite forsket på og dette er sterkt anbefalt i fremtidig forskning om smerte og demens. Det kan være bruk av kommunikasjonsferdigheter i hvordan man kan resonnerer pasientens uttrykk og ønsker.

Bruk av ikke farmakologisk smertelindring for eksempel massasje og musikkterapi i kombinasjon med faste smertestillende ordinert av legen, og i tillegg hyppig vurdering av smerte til pasienter med demens kan være en standard metode å anvende i sykepleien. Det finnes mange ikke-farmakologiske behandlinger for smerte, men konkrete forskningsresultat på bruk av disse til pasienter med demens er fortsatt manglende og derfor også anbefalt i fremtidige forskningsstudier. Manglende kunnskap om og erfaring med bruk av vurderingsverktøy er en hindring for en tilfredsstillende smerte behandling, derfor er det et viktig steg til å forbedre systemet og rutiner der man jobber. En effektiv smertebehandling hos pasienter med demens er avhengig av sykepleierens kliniske kunnskap, erfaringer og holdninger knyttet til eksisterende yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

REFERANSELISTE

- Aldring og helse. (u.a.). *Mobid- 2*. Aldring og helse. Hentet 30. oktober fra https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID_2.pdf
- Assal, F. (2019). History of Dementia. *A History of Neuropsychology*, 44, 118-126. <https://doi.org/10.1159/000494959>
- Association Doloplus. (2022). *Doloplus scale*. Association Doloplus. Hentet 30. oktober fra <https://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-en.pdf>
- Association Doloplus. (2022). *Algoplus scale*. Association Doloplus. Retrieved 30. oktober from <https://bbonhoure2.odns.fr/pdf/algoplus-en.pdf>
- Association Doloplus. (2022). *The Algoplus scale*. Association Doloplus. Retrieved 30. oktober from <https://www.doloplus.fr/en/the-algoplus-scale/>
- Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R., & Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16; 124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-016-0295-1>
- CHI Saint Joseph Health. (u.a.). *Checklist of Nonverbal Pain Indicators*. CHI Saint Joseph Health. Hentet 30. oktober, 2023 fra <https://www.chisaintjosephhealth.org/content/dam/stjoseph-ky/pdfs/nursing/cnpi.pdf>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Demange, M., Pino, M., Kerhervé, H., Rigaud, A. S., & Cantegreil-Kallen, I. (2019). Management of acute pain in dementia: a feasibility study of a robot-assisted intervention. *Journal of Pain Research*, 12: 1833-1846. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JPR.S179640>
- Eide, H. & Eide T. (2022) Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk. (3 utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ellis, J. M., Wells, Y., & Ong, J. S. M. (2020). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. *Clinical Gerontologist*, 42(3), 286–296. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1399189>
- Engstad, T. (2022). Geriatri. I E.Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (3. utg, ss.549-558). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2) 22-26.
- Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S.-J., Hodgson, M., & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics*, 6(4), 101. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101>
- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 99(13):62-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0194>
- Heggen, C. & Danielsen, A. (2020). Pasientens kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien*. 108 (81840) Artikkel e81840 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840>
- Helsebiblioteket. (2019, 27. november). *Lovverk*. Helsebiblioteket. Hentet 31. oktober fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/demens>

- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Smerte*. Helsedirektoratet. Hentet 31.oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>
- Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Krav til kompetanse*. Helsedirektoratet. Hentet 31. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2022, 14. oktober). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Helsedirektoratet. Hentet 31. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2022, 11. mai). *Personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør vurderes for smerte*. Helsedirektoratet. Retrieved 29. oktoberr from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens/personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte#c903a071-3c3c-482a->
- Helsepersonelloven. (2023). *Lov om helsepersonell (1999-07-02-64)*. Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Husebø, B. S., Samdal, R., og Erdal, A. (2020). Vurdering og behandling av smerter hos sykehjemspasienter med og uten demens. I E. Flo (Red.), *Eldreboen : diagnoser og behandling* (1. utgave., ss. 241-252). Fagbokforlaget.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. Hentet 29. oktober fra https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2-1-1-1.pdf
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2022). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave., ss. 98-111). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M., og Jeppestol, K. (2022). Kartlegging og vurdering. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave., ss. 115-139). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kongsgaard, U. E. (2020). Smerter og smertebehandling. I T. K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg, ss. 181-194). Cappelen Damm akademisk.
- Koo, V., Shicheng, J., Wan, B. A., Ahrari, S., Lam, H., Rowbottom, L., Chow, S., Chow, R., Chow, E., & DeAngelis, C. (2018). Pain management in older adults with dementia: A selective review. *Journal of Pain Management*, 12:1833-1846. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JPR.S179640>
- Lillekroken, D., og Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *SageJournals*, 33(3); 29-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

- Liu, J. Y., & Leung, D. (2017). Pain Treatments for Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Pain Medicine*, 18(9); 1649–1657. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/pm/pnw242>
- Norsk sykepleierforbund. (2023, 21. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 28. oktober fra https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny_sykepleieren_og_mennesker_som_trenger_sykepleie.pdf
- Norsk HelseInformatikk. (2020, 04. november). *Symptomer på demens*. Hentet 30. oktober fra <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-symptomer/?page=2>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Gundersen, M. W. (2022). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Ordnett. (2023). *Subjektiv*. Hentet 29. oktober 2023 fra <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=subjektiv&showSignLanguage=false&selectedPubs=17,36>
- Rostad, H., Grov, E., Utne, I., og Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 14(79184):e-79184. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- Sandvik, R.K.N.M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108 (80594) (e-80594). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sandvik, R. K. N. M., & Husebø, B. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 99(11), 62-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Skaug, E.-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2 : grunnleggende behov og helse* (4. utgave., ss. 43-85). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skovdahl, K. (2022). Kognitiv svikt og demens. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave., ss. 416-439). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skovdahl, K. (2022). Personerrett Sykepleie. I I. M. Holter (Ed.), *Sykepleieboken 1 : sykepleiens fundament* (6. utgave, Vol. 1, ss. 94-114). Cappelen Damm akademisk.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Hentet 29. oktober fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Strand, L. I., Gundrosen, K. F., Lein, R. K., Laekman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R., & Husebo, B. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. *European Journal of Pain*, 23(4); 669-685. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.1344>
- Torvik, K., og Sandvik, R. K. N. M. (2022). Smerte. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave., ss. 397-413). Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg: Smertekartleggings skalaer

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

Smertelyd
«Aui»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

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

Smerteintensitet

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

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

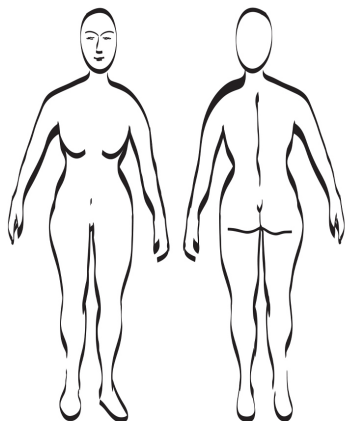
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 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

(Aldring og helse, u.å.)

CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS (CNPI)

For: Adults who are nonverbal; designed to measure pain behaviors in cognitively impaired older adults.

Scoring: Score each item both on movement and at rest. Score “0” if the behavior was not observed. Score “1” if the behavior occurred even briefly. Subtotal the scores for the movement column and the at rest column. Add them together for a total score. There are no clear cut-off scores to indicate severity of pain. Instead, the presence of any of these behaviors may be indicative of pain and warrants further investigation, treatment and/or monitoring.

CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS (CNPI)		
Behavior	Movement	At Rest
1. Vocal complaints: nonverbal Sighs, gasps, moans, groans, cries		
2. Facial grimaces/winces Furrowed brow, narrowed eyes, clenched teeth, tightened lips, jaw drop, distorted expressions		
3. Bracing Clutching or holding onto furniture, equipment or affected area during movement		
4. Restlessness Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still		
5. Rubbing Massaging affected area		
6. Vocal complaints: verbal Words expressing discomfort or pain, e.g. “ouch,” “that hurts”; cursing during movement; exclamations of protest, e.g. “stop,” “that’s enough”		
Subtotal Scores		
Total Score		

Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). Pain Manag Nurs. 2000 Mar.1(1):13-21.

† CATHOLIC HEALTH
INITIATIVES®

Saint Joseph Health System



Speak up when it hurts

Excellence
EveryDay

† CATHOLIC HEALTH
INITIATIVES®

A spirit of innovation, a legacy of care.

Instructions for applying the ALGOPLUS® scale

The ALGOPLUS® scale was specifically developed to evaluate and manage acute pain in the elderly in all situations in which reliable self-assessment is not feasible (e.g., those with difficulty communicating verbally).

ALGOPLUS is therefore particularly recommended for screening and evaluating :

- acute painful conditions (e.g., fractures, post-operative pain, ischemia, lumbago, herpes zoster, urinary retention, etc.),
- transitory pain attacks (e.g., facial neuralgia, cancer breakthrough pain, etc.),
- pain induced by treatment or medical diagnostic procedures.

The scale is composed of 5 items (observational areas/domains). Observation of 1 of the behaviors listed in a given item is enough to check 'yes' for the item considered. Indeed, the simple observation of a behavior mandates that it be checked as present, regardless of any etiological interpretation or the duration of its existence.

In practice, to complete the grid, observe the patient – looking at the following – in order: the face, for facial expressions; the look, for eye expressions; listen for any sounds or complaints; his/her position, for body language; and general reactions, for atypical behaviors.

Each item checked "yes" is accorded 1 point and the sum of checked items gives a total score ranging from 1 to 5. A score ≥ 2 diagnoses pain with 87% sensitivity and 80% specificity, indicating that pain management should be initiated. Subsequent reevaluations should then be made on a regular basis. Pain management is satisfactory when the score remains strictly < 2 .

Common mistakes

Difficult to recognize:

- Grabbing should be checked "yes", regardless of the object of that action (the patient him/herself, caretaker or something else).
- Checking an item because of an etiological interpretation of the sign and not simply its presence, for example:
 - "Complaints" item checked "no" because the patient's complaint is attributed to dementia or because the patient has been complaining for a long time.
 - "Atypical behaviors" is scored "no" because grasping the bed's retaining bar is attributed to a fear of falling.



Acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally

Algoplus Working Group
Coordinator: Dr Patrice RAT
e-mail: patrice.rat@ap-hm.fr
www.doloplus.com

The work was made possible by the financial support of:



Pain assessment

Acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally

Patient identification

Date pain assessed/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Time											
Score each group item yes/no for presence or absence	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO
1 • Facial expressions Frowning, grimacing, wincing, clenched teeth, unexpressive												
2 • Look Inattentive, blank stare, distant or imploring, teary-eyed, closed eyes												
3 • Complaints "Ow-ouch", "that hurts", groaning, screaming												
4 • Body position Withdrawn, guarded, refuses to move, frozen posture												
5 • Atypical behaviors agitation, aggressivity, grabbing onto something or someone												
Total YES	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professional caregiver who assessed the patient	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials	<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Nurse's aide <input type="checkbox"/> Other Initials						

(Association Doloplus, 2022)

DOLOPLUS-2 SCALE

BEHAVIOURAL PAIN ASSESSMENT IN THE ELDERLY

NAME :		Christian Name :	Unit :	DATES			
Behavioural Records							
SOMATIC REACTIONS							
1• Somatic complaints	• no complaints	0	0	0	0		
	• complaints expressed upon inquiry only	1	1	1	1		
	• occasional involuntary complaints	2	2	2	2		
	• continuous involuntary complaints	3	3	3	3		
2• Protective body postures adopted at rest	• no protective body posture	0	0	0	0		
	• the patient occasionally avoids certain positions	1	1	1	1		
	• protective postures continuously and effectively sought	2	2	2	2		
	• protective postures continuously sought, without success	3	3	3	3		
3• Protection of sore areas	• no protective action taken	0	0	0	0		
	• protective actions attempted without interfering against any investigation or nursing	1	1	1	1		
	• protective actions against any investigation or nursing	2	2	2	2		
	• protective actions taken at rest, even when not approached	3	3	3	3		
4• Expression	• usual expression	0	0	0	0		
	• expression showing pain when approached	1	1	1	1		
	• expression showing pain even without being approached	2	2	2	2		
	• permanent and unusually blank look (voiceless, staring, looking blank)	3	3	3	3		
5• Sleep pattern	• normal sleep	0	0	0	0		
	• difficult to go to sleep	1	1	1	1		
	• frequent waking (restlessness)	2	2	2	2		
	• insomnia affecting waking times	3	3	3	3		
PSYCHOMOTOR REACTIONS							
6• washing &/or dressing	• usual abilities unaffected	0	0	0	0		
	• usual abilities slightly affected (careful but thorough)	1	1	1	1		
	• usual abilities highly impaired, washing &/or dressing is laborious and incomplete	2	2	2	2		
	• washing &/or dressing rendered impossible as the patient resists any attempt	3	3	3	3		
7• Mobility	• usual abilities & activities remain unaffected	0	0	0	0		
	• usual activities are reduced (the patient avoids certain movements and reduces his/her walking distance)	1	1	1	1		
	• usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements)	2	2	2	2		
	• any movement is impossible, the patient resists all persuasion	3	3	3	3		
PSYCHOSOCIAL REACTIONS							
8• Communication	• unchanged	0	0	0	0		
	• heightened (the patient demands attention in an unusual manner)	1	1	1	1		
	• lessened (the patient cuts him/herself off)	2	2	2	2		
	• absence or refusal of any form of communication	3	3	3	3		
9• Social life	• participates normally in every activity (meals, entertainment, therapy workshop)	0	0	0	0		
	• participates in activities when asked to do so only	1	1	1	1		
	• sometimes refuses to participate in any activity	2	2	2	2		
	• refuses to participate in anything	3	3	3	3		
10• Problems of behaviour	• normal behaviour	0	0	0	0		
	• problems of repetitive reactive behaviour	1	1	1	1		
	• problems of permanent reactive behaviour	2	2	2	2		
	• permanent behaviour problems (without any external stimulus)	3	3	3	3		
COPYRIGHT				SCORE			

(Association Doloplus, 2022)

