



BACHELOROPPGAVE 2014

Hvordan sikre at smerte hos personer med demens blir identifisert og tilstrekkelig lindret?

FORFATTERE:

ANNE-TORILL JAKOBSEN OG UNNI PLADSEN FOSSHAUGEN

DATO: 09. MAI 2014

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan sikre at smerte hos personer med demens blir identifisert og tilstrekkelig lindret?	Dato : 09.05.14
Deltaker(e)/	Anne-Torill Jakobsen og Unni Pladsen Fosshaugen	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Smertevurdering, systematisk, kompetanse, sykehejm	
Antall sider/ord: 59/11734	Antall vedlegg: 9	Publiseringsavtale inngått: Nei
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Innledning: Ca. 70 000 personer over 65 år i Norge er rammet av demens og det er flere kvinner enn menn. 80 % av de som bor på sykehjem lider av denne sykdommen samtidig som 60 % av disse pasientene opplever smerte. Antall eldre vil i årene fremover stige og dermed også antall eldre som lider av demens.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å beskrive utfordringer knyttet til kartlegging og lindring av smerte hos personer med demens.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Søk i databasene Cinahl, Swe-Med, PubMed og Google Scholar. I tiden 25.02-07.04.14. Søkord som er benyttet er: Dementia. pain, pain assessment, nursing home og smertekartlegging.</p> <p>Resultat: Det er utfordringer når det gjelder smertekartlegging hos personer med demens. Det arbeides ikke systematisk med smertekartlegging og det er ikke implementert i kvalitetssystemet. Ved bruk av smertekartleggingsverktøy blir smerte avdekket.</p> <p>Konklusjon: For å identifisere pasientens smerte er det viktig med gode observasjoner i samhandling med pasienten. I tillegg er bruk av kartleggingsverktøy som er valide og reliable i bruk et supplement til kartleggingen. Ved å implementere smertekartlegging i kvalitetssystemene på sykehjem sikrer det kvalitet i tjenesten og pasienten får god behandling og pleie.</p>		

ABSTRACT

Title:	How to ensure that pain in people with dementia are identified and adequately relieved?	Date 09.05.14
Participants/	Anne-Torill Jakobsen and Unni Pladsen Fosshaugen	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Assessment, systematic, expertise, nursing home	
Number of pages/words: 59/11734	Number of appendix: 9	Availability Confidential):
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: About 70 000 people in Norway, over the age 65, are suffering from dementia and there are more woman than men. 80 % of the people in nursing home are suffering from this, and about 60 % of them experience pain. There will be an increased number of elderly people in the years to come, and thus also in increased number of people suffering from dementia.</p> <p>Purpose: The purpose of this task is to describe challenges tied to mapping of the pain and pain relief in people with dementia.</p> <p>Method: This is a literature study. Search In the databases Cinahl, Swe-Med, PubMed and Google Scholar. Time period: 25.02 – 07.04.2014. The search words used are: Dementia, pain, pain assessment, nursing home and smertekartlegging.</p> <p>Results: There are challenges when it comes to pain mapping for people with dementia. There are not any systematic work done in this area and it is not implemented in the routines. By using good and reliable pain mapping, pain will be discovered and revealed.</p> <p>Conclusion: The identify the patient`s pain it is very important to make good observations whwn you interact with the patient. It is also important to use mapping tools that are valid and reliable. Implementing good pain mapping as part of the routines in the nursing homes, will guarantee good quality of the care, and will ensure that the patient is well taken care of.</p>		

Innhold

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Relasjon til forskningsområder	2
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	2
2.0 BAKGRUNN.....	3
2.1 Hva er demens?	3
2.2 Utfordringer knyttet til smerter hos personer med demens	4
2.3 Medikamentell smertebehandling av eldre	5
2.4 Ikke- medikamentell smertebehandling til eldre	6
2.5 Utfordringer knyttet til kommunikasjon med demente pasienter	7
2.6 Oppgavens hensikt og problemstilling	8
3.0 METODE.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode	9
3.2 Søkeprosessen	10
3.3 Utvelgelsesprosess	11
3.4 Analyseprosessen	13
3.5 Forskningsetikk.	13
4.0 RESULTAT.....	14
4.1 Systematisk anvendelse av kartleggingsverktøy	14
4.2 Systematisk smertelindring	15
4.3 Personalets kompetanse	16
4.4 Personalets holdninger.....	16
5.0 DISKUSJON.....	17
5.1 Betydningen av å benytte smertekartleggingsverktøy	17
5.2 Betydningen av systematisk smertelindring	19
5.3 Betydningen av personalets kompetanse	23
5.4 Betydningen av personalets holdninger.....	25
5.5 Metodekritikk	28

6.0 KONKLUSJON.....	30
LITTERATURLISTE	31
Vedlegg 1 Søkeprosessen	1
Vedlegg 2 Pico-skjema.....	2
Vedlegg 3 Lesematrise.....	3
Vedlegg 4 Mobid-2 smerteskala	6
Vedlegg 5 Doloplus	7
Vedlegg 6 Paslac	10
Vedlegg 7 Dis DAT.....	12
Vedlegg 8 PAINAD.....	16
Vedlegg 9 CMAI	18

Antall ord: 11734

1.0 Innledning

I dag antas det at ca. 70.000 personer over 65 år i Norge er rammet av demens og det er flere kvinner enn menn. Forskning viser at omtrent 80 % av de som bor på sykehjem lider av denne sykdommen og forekomsten øker med alderen. Ettersom antall eldre øker i årene fremover vil også antall personer med demens øke (Helsedirektoratet 2014).

I 1988 ble sykehjem underlagt kommunen (Ot.prp.48 1985-86). Et sykehjem skal tilby heldøgns helsetjenester og skal være individuelt tilpasset pleie og omsorg, medisinsk behandling og det skal være et godt sted og bo (Hauge 2010). Sykehjem er regulert av kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Lovdata 2014). Sykehjemmene har i de senere årene fått mer spesialiserte avdelinger som da skjermede enheter for demente pasienter. Disse avdelingene er tilrettelagt slik at de har mulighet til å orientere seg i avdelingen og kunne bevege seg fritt uten at de går seg bort. Flere av personalet på disse avdelingene har spesialkompetanse innen demensomsorg (Hauge 2010). Sykepleier vil i et sykehjem jobbe sammen med mange faggrupper, og dette vil sikre kvaliteten på tjenesten (ibid). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 4.1 står det at «sykepleiere skal ta initiativ til og fremme et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten» (Slettebø 2002, s.159).

Vi har jobbet innen eldreomsorgen i mange år, henholdsvis på bokollektiv med demente pasienter og ute i hjemmetjenesten i kommunen, dette er også noe vi vil fortsette med når vi er ferdig sykepleiere. Gjennom vår arbeidserfaring har vi observert at mange demente pasienter ikke får den smertebehandling de har behov for på grunn av at de ikke greier å meddele sin smerte med ord, derfor er det viktig med kunnskap og fokus på hvordan dette påvirker disse pasientene.

Tema for denne oppgaven er følgelig smerter hos demente pasienter som bor på sykehjem.

For å utvikle valide og reliable standardiserte hjelpemidler som kan registrere smerter hos demente pasienter pågår mye forskning og det er viktig at vi som sykepleiere følger med i den raske utviklingen og vurderer og analyserer de nye skjemaene som er relevante. Demente er en sårbar gruppe pasienter som er avhengig av at vi sykepleiere observerer og tolker smertetegn (Bjørø og Torvik 2010). Som sykepleiere må vi ha verdier og fagkunnskaper som er integrert i utøvelsen av sykepleie i konkrete situasjoner med den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2010).

1.1 Relasjon til forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik har tre ulike forskningsområder: «kvalitet i sykepleie», «utdanningskvalitet» og «helse i dagliglivet» Emnet vi har valgt i denne oppgaven relaterer vi til «kvalitet i sykepleie». I forhold til fokusområdene, som er «*pasienters behov og sikkerhet*» og «*personalets funksjon og sikkerhet*» kan det se ut til at disse går i hverandre. «*Pasienters behov og sikkerhet*» handler om utvikling av kunnskap, om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten, samt pasientsikkerhet.

«*Personalets funksjon og sikkerhet*» retter seg mot den fysiske og psykososiale arbeidssituasjon og samhandling mellom ulike grupper i helsetjenesten. (HIG 2013).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I arbeid med eldre som har smerte har sykepleierne en sentral rolle, de tilbringer mye tid sammen med pasienten og har stor mulighet til å observere pasienten. Det er sykepleieren i samarbeid med andre yrkesgrupper som har ansvar for kartlegging av pasientens smerter (Bjørø og Torvik 2010).

2.0 Bakgrunn

I dette avsnittet presenteres kunnskapsgrunnlaget om: Hva er demens, utfordringer knyttet til smerte hos personer med demens, medikamentell og ikke- medikamentell smertebehandling av eldre, utfordringer knyttet til kommunikasjon med demente pasienter og tilslutt presentere oppgavens hensikt og problemstilling.

2.1 Hva er demens?

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom som kjennetegnes ved at den mentale kapasiteten svekkes. De psykologiske prosesser som hukommelsen, tenking, læring kommunikasjon og oppmerksomhet svikter. Den kognitive svikten fører til at det blir vanskelig å klare dagliglivets aktiviteter og det er ikke uvanlig at personen endrer adferd. Demens er en kronisk sykdom, den kan ikke kureres og den vil ofte forverres over tid (Berentsen 2010).

Demens har opp igjennom tidene vært sett på som en sykdom forbundet med mye mystikk og er vel den sykdommen som har flest navn knytte til seg. I norrøn tid snakket man om «gammelmannsvås», ennå i dag brukes begrep som «rørete» og «senil». Dette viser at det er stor uvitenhet omkring sykdommen (Engedal og Haugen 2009).

Brukes begrepet demens, skal det være påvist eller antas at det er en organisk sykdom i hjernen. Kriteriene for demens er nedfelt i ICD 10 systemet Det er ingen behandling som kan helbrede demens, men å behandle depresjon, hallusinasjoner, aggresjon, vrangforestillinger og angst kan bedre funksjonsnivået. Noen legemidler mot demens kan forsinke og i noen tilfeller bedre symptomer (Engedal og Haugen 2009).

Innen sykepleie, medisin og psykologi har demens vært et område med lite fokus, men det har skjedd en positiv utvikling de siste 15- 20 årene. Det er nå en økende interesse for denne sykdommen og det foregår mye forskning både i Norge og internasjonalt. Demens er den sykdommen som forekommer hos flest personer i alderdommen. Sykdomsforløpet kan hos noen være kort og intens, men den kan også hos noen strekke seg over 20 år. Demens deles inn i mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad av demens vil personen selv og de som står han/hun nærmest merker glemsomheten og at dette begynner få konsekvenser i hverdagen som for eksempel å skulle følge med klokka eller betale regninger. Ved moderat grad blir hukommelsen dårlig og evnen til å løse problemer blir vanskelig, de mister taket på tilværelsen. Påkledning, klesvask, kommunikasjonsproblemer og stedssansen vil svikte slik at

han/hun kan gå seg bort. Flere og flere funksjoner blir borte og dette kan føre til angst, depresjon, sinne og fortvilelse. Ved alvorlig grad husker personen bare litt fra sitt tidligere liv og kjenner ikke alltid igjen sine nærmeste pårørende. De er ikke orientert for tid og sted og må ha hjelp til å dekke sine grunnleggende behov. I tillegg vil de ha vanskelig for å kommunisere (Berentsen 2010).

Ved demens er det blitt lagt større vekt på å beskrive de kognitive endringene enn personlighetsforandringer og emosjonelle reaksjoner. Forklaringen er nok at det er mye lettere å observere og kartlegge de kognitive utfallene enn endringene følelsesmessig. Av personer som har demens er det 10 til 70 prosent som har vrangforestillinger og 5 til 80 som har et deprimert stemningsleie (Engedal og Haugen 2009).

Det finnes flere ulike typer demens tilstander. I Europa er 60 % av de som har demens rammet av alzheimers sykdom, fleste blir rammet av denne typen og det er denne formen vi hører mest om. (Berentsen 2010). Som sykepleier vil man møte mennesker med denne diagnose uansett hvor man jobber (Engerdal og Haugen 2009). Ved alzheimers skades og dør hjernecellene i område rundt tinninglappen og skaden vil etter hvert spre seg til store deler av hjernen. 25-30 % har vaskulær demens som skyldes hjerneslag og sykdommer i hjernens blodårer. 15 % har andre demenstyper.

De tiltakene som hjelper best er tilrettelegging av livssituasjon, miljø og at den demente pasienten får god omsorg, der optimal sykepleie er den sentrale delen av omsorgen (Engerdal og Haugen 2009).

2.2 Utfordringer knyttet til smerter hos personer med demens

Det finnes mange definisjoner på smerte. I følge Bjørø og Torvik (2010, s.333) har McCaffery (1968) definert det som at: «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte». Det helhetlige menneskesyn blir gjenspeilet i denne definisjonen og det er grunnlaget for vurdering av og tiltak i møte med eldre pasienter som har smerte (Bjørø og Torvik 2010).

Eldre pasienter kan få både akutt og kroniske smerter. Akutt smerte har begrenset varighet er nylig oppstått og det er vanligvis vev som skades ved sykdom, kirurgiske inngrep eller skader. Kronisk smerte vedvarer utover normal tilhelingstid og den varer som regel over tre måneder (Bjørø og Torvik 2010). Nesten hver tredje gamle som bor i Norge lider av kroniske smerter og den vanligste årsaken til dette er muskel og skjelettplager i tillegg til cancer, senfølger etter operasjon, nevrologiske skader og ulykker (Rustøen mfl. 2004).

Gamle mennesker har en høyere smerteterskel enn yngre og de har ikke evne til å oppfatte smertestimuli og dermed større risiko for sykdom og skade. Sårhet og ømhet tar lengere tid før det går tilbake fordi tilhelingsprosessen tar lengere tid hos eldre enn hos yngre. Dette vil virke inn på liv og helse fordi den eldre er mer sårbar (Gibson og Farrell 2004).

Med hensyn til smerte hos de eldre har sykepleierne en viktig rolle. De tilbringer mye tid med pasienten og har dermed mulighet for å observere, evaluere og iverksette tiltak. Selv om det er mye kunnskap om medisinsk behandling og sykepleie til eldre med smerte i dag er det likevel en stor utfordring å nyttiggjøre seg denne kunnskapen slik at den kommer den eldre til gode. Det er derfor viktig med gode fleksible kliniske miljø som evner og benytte seg av ny forskning (Bjørø og Torvik 2010).

Joyce Travelbee (2005) hevder at smerte er en intens ensom erfaring, og å formidle smerteerfaring til andre på en slik måte at de forstår hva slags opplevelse du har av smerte, er svært vanskelig, om ikke umulig. Således er det også vanskelig for andre å vurdere intensiteten og graden av andre sin smerte. Helsearbeidere sine oppfatninger om hvor sterk smerte en person har, bygger gjerne på visse oppfatninger, men de kan aldri være helt sikre på at de vurderer smerteintensiteten riktig.

Pasientene som har demens i sykehjem er utsatt for mangelfull smertebehandling, dette fordi at mange ikke klarer å uttrykke sin smerte med ord. Derfor er det viktig at når pasienten ikke klarer å uttrykke seg verbalt blir det nødvendig for sykepleiere å observere adferden som et tegn på smerte. Eksempel kan være ansiktsuttrykk, kroppsbevegelse eller forandringer i mental status. Det er utviklet skjema for kartlegging av smerte for de som ikke kan uttrykke seg verbalt (Nygaard og Jarland 2005).

2.3 Medikamentell smertebehandling av eldre

All smertebehandling til eldre har som mål å lindre smerte, bedre funksjonsstatus og livskvalitet. Jo eldre man blir, jo mer følsom blir man overfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet som for eksempel opioider (Bjørø og Torvik 2010). Hvilke legemidler som skal brukes bør bestemmes ut fra egenrapport om smerte. Legemidlet skal gi adekvat smertelindring ut i fra smertens intensitet og det som gir minst mulig bivirkning. All smertebehandling begynner med minst mulig dose som forventer å gi smertelindring. Etter hvert justeres dosen og man følger nøye med på virkning og bivirkning. Smertebehandling begynner som regel med paracetamol som er et førstehåndspreparat ved milde og moderate smerter. Dette preparatet er billig og har få bivirkninger, men det man skal vite er at man ikke

skal overskride 4 g fordi paracetamol omdannes i leveren og en høy dose kan derfor være skadelig. Hos eldre med nedsatt leverfunksjon må døgndosen reduseres (ibid).

NSAID (ikke-steroid anti-inflammatoriske midler) gir en effektiv smertelindring i tillegg til at den har en betennelsesdempende egenskap. Ved langtidsbruk av slike preparat er det rapportert bivirkninger og da særlig blant eldre, så disse skal brukes med stor forsiktighet. Opioider brukes på sterke og moderate smerter. Disse gir smertelindring, hostedemping og angstdemping. Opioider kan virke sløvende på kroppen og det kan være fare for tilvenning. Hos eldre er det anbefalt en start dose som er 25 – 50 % lavere enn hos yngre og øker forsiktig til det oppnås 50 % reduksjon i smerte eller pasienten sier seg tilfredsstillende smertelindret. På grunn av bivirkninger som kvalme, oppkast, delirium, respirasjonshemming, kløe, obstipasjon, urinretensjon, hypotensjon og sedasjon brukes opioider med forsiktighet av eldre. Når bivirkninger oppstår reduseres dosen (Bjørø og Torvik 2010).

Antidepressiva og Antiepileptika er primært brukt i behandling av andre sykdommer men kan likevel være forskrevet til bruk ved smertetilstander hos eldre. I gruppen antidepressiva er det særlig trisykliske antidepressiva som har en dokumentert effekt på en rekke smerter hos eldre som for eksempel diabetes nevropati og postherpetisk nevralki. Antiepileptika har også en dokumentert effekt på samme sykdomstilstander (ibid).

2.4 Ikke- medikamentell smertebehandling til eldre

Det kan være nødvendig og kombinere medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling hos eldre. Dette brukes i stadig større omfang, kunnskap og innsats fra flere helseprofesjoner i et tverrfaglig samarbeid er nødvendig. Det er flere ikke-medikamentelle smertebehandlinger å skulle velge mellom (Torvik og Bjørø 2008) og eldre med demens kan dra nytte av noen av de samme ikke-medikamentelle smertelindringsbehandling som eldre uten demens (Torvik og Bjørø 2008). En av de hyppigst brukte ikke- medikamentelle behandlinger er massasje, dette blir brukt for å gi avslapning (Breivik m.fl. 2006). Sykepleiere er bare kvalifisert til å utføre enkel massasje som å stimulere huden og underliggende vev med forsiktige trykk med hendene. Dette reduserer smerte, fremmer avslapning og gir bedre blodgjennomstrømning (Dochtermann og Bulechek 2004). Fysisk aktivitet kan redusere smertens intensitet opp mot 20-30 % når smerten er av kronisk art. Når den eldre ikke kan delta i fysisk aktivitet er det viktig at man hjelper pasienten med passive øvelser for å unngå kontrakturer som kan gi smerte. Man bevarer muskelstyrken, balansen og bevegeligheten (Torvik og Bjørø 2008). Musikk terapi er en annen form for ikke- medikamentell

smertebehandling og den er mest brukt og best undersøkt i behandlingstiltak på sykehjem. Musikk gir økt velvære og symptomlindring og det er dette som er målet for selve musikkterapien (Mysja 2005).

2.5 utfordringer knyttet til kommunikasjon med demente pasienter

Kommunikasjon er en gjensidig prosess hvor en deler eller overfører tanker og følelser. Interaksjonen som skjer mellom pasient og sykepleier, skjer i stor grad ved hjelp av kommunikasjon. Hensikten med kommunikasjon er å bli kjent med pasienten og finne frem til hans behov (Kirkevold 2008).

For å kommunisere er språket viktig, flere av demenssykdommene kan gi språk vansker (afasi), da en eller begge språk senterne i hjernen kan være skadet. Afasi gir store konsekvenser i dagliglivet og i sosiale samhandlinger og man kan skille mellom motorisk, sensorisk, anomisk og global afasi. Ved motorisk afasi forstår og oppfatter pasienten det meste av hva som blir sagt, men selv greier ikke uttrykke det han/hun ønsker å si. Ved motorisk afasi er det derfor viktig at den som lytter til pasienten tar seg god tid for å finne ut hva pasienten egentlig mener fordi de kan uttrykke seg med mimikk, kroppsspråk og tonefall. Hos de med sensorisk afasi forstår pasienten dårlig det han/hun leser eller hører. Pasienten har en flytende tale, men klarer ikke sette sammen ord så innholdet av det han/hun sier blir uten mening. Har pasienten anomisk afasi gir setningen han/hun sier ingen mening fordi han/hun ikke klarer finne de riktige ordene. Dette er vanlig ved alzheimers sykdom. Mange klarer i en tidlig fase av sykdommen og dekke over svikten, men etter hvert som sykdommen kommer lengre vil de stoppe opp i samtalen når det er ord de ikke kommer på. Ved global afasi er alle språkfunksjonene redusert. Pasienten forstår ikke hele setninger og språket kan være uforståelig og det er bare enkelte ord som pasienten uttaler riktig (Berentsen 2010).

En av utfordringene sykepleierne har er kommunikasjon med demente pasienter. Å skulle kommunisere når språket ikke lenger fungerer er vanskelig. Spørsmålet er hva vi som sykepleiere kan gjøre for å kommunisere på samme nivå, slik at vi kan forstå hva pasienten mener og hva som skal formidles (Eide og Eide 2007).

Et av kjerneordene i kommunikasjon med demente er bekræftelse. Det kan være viktig å gå inn i pasientens situasjon, lytte og prøve forstå det som blir sagt eller gjort uten å realitetsorientere. Kan man forlenge situasjonen kan sykepleieren hjelpe pasienten til å uttrykke det som blir sagt ved å stille oppklarende spørsmål, i tillegg til å komme med speilende, bekræftende og empatiske tilbakemeldinger (Eide og Eide 2007). Når pasienten har

lite ordforråd, må vi alltid bruke pasientens navn, snakke langsomt for og gi pasienten tid til å oppfatte det vi sier. I tillegg er det viktig at vi får øyekontakt med pasienten (Bjørø og Torvik 2010). Non- verbal kommunikasjon vil bli viktig når man ikke kan nå den andre med verbal kommunikasjon. Gjennom bevegelser, mimikk, stemmebruk og berøring er det mulig å skape kontakt og man kan få formidlet det som man ønsker å si. Non-verbal, bekreftende kommunikasjon bygger opp tillit, motivasjon og trygghet (ibid). Vi må som sykepleiere lære å kommunisere tydelig, konkret, kortfattet. Da vil det vi sier bli bekreftet av kroppsspråket. (Norman 1996).

2.6 Oppgavens hensikt og problemstilling

Foranstående kunnskapsgrunnlag synliggjør at demente pasienter i sykehjem er utsatt for mangelfull smertebehandling, blant annet fordi de har vanskelig for å uttrykke seg verbalt. utfordringer for sykepleiere er knyttet til kommunikasjon og identifisering av tegn på smerter. Hensikten med denne oppgaven er å beskrive utfordringer knyttet til kartlegging og lindring av smerte hos personer med demens.

Denne hensikten avleder følgende problemstilling:

Hvordan sikre at smerte hos eldre personer med demens blir identifisert og tilstrekkelig lindret?

3.0 Metode

En metode forteller oss hvordan man skal gå frem for å skaffe seg ny kunnskap. Når man skal undersøke noe, kan man se på metode som et redskap, den hjelper til å samle inn informasjon (Dalland 2012). I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode og vi velger å bruke utvelgelsesprosessen til Forsberg og Wengstrøm (2013) som har seks trinn: trinn en der man identifiserer område man er interessert i og finner søkeord, trinn to der man bestemmer hvilke tidsperiode man ønsker å søke forskning fra og hvilke språk artiklene skal vær på. Trinn tre søk i de utvalgte databaser, trinn fire er søk på egenhånd etter ikke- publiserte artikler for å kunne finne pågående forskning på emnet. Trinn fem er utvelgelse av relevante artikler og lesing av abstract, det sjette og siste steget leser men hele artikler og kvalitetsgransker disse (Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie benyttes tidligere forskning for å belyse en problemstilling. For å kunne skrive en slik oppgave er det en betingelse at det finnes tilstrekkelig studier av god kvalitet. Dette innebærer at man søker systematisk etter litteratur, kritisk gransker det man finner innenfor et emne eller et problemområde og sammenfatter den litteraturen man har valgt.(Forsberg og Wengstrøm 2008).

Det blir anbefalt å sette opp oversikt over inklusjons og eksklusjonskriterier i søk etter forskningsartikler (Polit og Beck 2010). For denne studien presenteres dette i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for denne studien er:	Eksklusjonskriterier er:
<ul style="list-style-type: none">• Pasienter med demens som bor på sykehjem• Pasienter med alvorlig grad av demens• Demente pasienter med smerte• Artikler på engelsk, norsk, svensk dansk• Artikler med IMRAD strukturen• Artikler som er fagfelleverdert• Artikler som er relevante i Norge og kan sammenlignes med strukturen i det norske helsevesenet.• Artikler som er i tråd med "<i>Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden</i>".• Artikler som er publisert etter år 2009.	<ul style="list-style-type: none">• Pasienter med mild eller moderat demens.• Pasienter som bor hjemme• Pasienter med demens som har hjemmesykepleie• Unge med demens• Ikke fagfelleverdert• Er eldre enn 2009.

3.2 Søkeprosessen

I denne litteraturstudien ble det valgt å bruke faglitteratur fra vår pensumliste, tidsskrifter, artikler og bøker som er relevant i forhold til tema. I tillegg ble det gjort søk på lovverk og andre offentlige dokumenter.

Søk etter forskningsartikler ble gjort i databasene Cinahl, Swe Med+, Pub Med og Google Scholar fra februar til midten av april 2014. Til å begynne med var søkene gjort litt uvilkårlig, for å bli bedre kjent med databasene. Etter hvert ble søkene strukturerte å satte inn i en søkematrise (vedlegg 1). Ved å søke i flere databaser sikrer det bredde i litteraturtilfanget (Bjørk og Solhaug2008). Databaser som har helsefaglig relevans og som er anbefalt fra skolen side ble brukt. Alle disse nevnte databasene inneholder vitenskapelige tidsskriftartikler og er internasjonale (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Cinahl er den databasen som beskrives som den mest viktig for sykepleierne (Polit og Beck 2014). Cinahl publiserer vitenskapelige artikler, konferanseabstrct, doktoravhandlinger og monografier på ulike språk. Den dekker områder inne sykepleie, fysioterapi og arbeidsterapi fra 1982 og frem til i dag. Selv om de dekker mange ulike språk, er alltid abstract skrevet på engelsk (Forsberg og Wengstrøm 2013). Swe-Med + er en bred database som i hovedsak inneholder vitenskapelige tidsskrifter på norsk, svensk, dansk og engelsk. Denne databasen inneholder områder innen sykepleie forskning fra 1982 og frem til i dag (ibid).

PubMed inneholder i hovedsak vitenskapelige tidsskrifter på ulike språk, men 75 % er engelsk språklige. Databasen dekker områder for medisin, sykepleie og odontologi fra 1996 og frem til i dag. PubMed er samme versjon som databasen Medline som finnes gratis på internett. PubMed inkluderer material fra ulike tidsskrifter og dermed vil de kunne publisere vitenskapelige artikler før de publiseres i Medline (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Google Scholar er en fritt tilgjengelig database på internett som har vært tilgjengelig siden 2004 og inneholder vitenskapelige artikler fra Europa og USA. Mange av søkeresultatene blir lenket til kommersielle sider slik at det bare er tilgang til abstract (Forsberg og Wengstrøm 2013). Denne databasen ble inkludert da det ble funnet en studie der om kartleggingsverktøyet Doloplus-2.

En av de valgte artiklene som ble funnet i Swe-Med var ikke i full tekst, men det leste abstrct sa at dette var en relevant artikkel, dermed ble den kjøpt fra Idunn.no som er en nordisk tidsskrifts database.

forskningsartikler er det brukt primærkilder Ved valg av, dette er artikler der forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid (Polit og Beck 2010).

For og vitenskapelig å studere et spørsmål må man fordype seg i litteraturen omkring problemområdet. Dette vil inneholde mange aspekter og problemområdet må derfor avgrenses. For å lette dette arbeidet har vi valgt å bruke PICO – modellen som er en strukturert metode for at man ut i fra problemformuleringen kan sette sammen en søkestrategi (vedlegg 2). PICO er en forkortning av P- patient/population (Hvem), I- Intervensjon (Hva), Control (Kontrollgruppe om dette er aktuelt) og O- Outcome (Utfall/Resultat, hva er det som skal oppnås, påvirkes eller utbedres) (Forsberg og Wengstrøm 2013).

På forhånd av søkene ble det valgt ut søkeordene: dementia, pain, nursing home, pain assessment, behaviour, old patient og pain measurement. Et av søkene som ble gjort i databasen cinahl var med ordet dementia og dette utgjorde et treff på 2381. Ved et søk på pain measurement ble det treff på 2679. Ved å kombinere disse ordene med AND ble det 43 treff. For å snevre inn søket ytterligere ble det gjortsøk i nursing home og fikk treff på 25706 treff. Ved da å kombinere disse 43 treffene med nursing home var vi nede i 19 treff. Av disse artiklene leste vi fire abstrct og tre hele artikler og disse ble brukt i oppgaven. Når søkene blir kombinerte med «AND» som inneholder både A og B vil det gi et smalere søkningsresultat (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Det ble søkt søkte på samme måte både i Cinahl, PubMed og SweMed. I SweMed ble også det norske norske ordet smertekartlegging brukt og fikk to treff derav ble det valgt å bruke den ene av disse artiklene. Ved søk i Google scholar ble dette gjort på bakgrunn at flere artikler hadde referanse til en artikkel skrevet av Torvik. Dermed ble det gjort søk på dette etternavnet og dette resulterte i tre treff, det ble lest to abstract og det ble valgt en artikkel.

3.3 Utvelgelsesprosess

Ved start på søk etter artikler, var første utgangspunkt å se på overskriften. Dette for å se om den kunne relateres til problemstillingen. Var overskriften interessant ble abstrakte lest for å se om den kunne være relevant, var den det ble hele artikkelen lest.

Artikler med engelsk, norsk, svensk og dansk ble valgt ut dette på grunn av språkforståelsen. Søk etter artikler er begrenset innenfor tidsrammen 2009 – 2014 for å få den nyeste forskning. Samtidig som søket ble begrenset til full tekst og peer-reviewed. Peer-reviewed sier at artiklene er fagfellevurdert, den er da godkjent av to eller tre upartiske eksperter som er bestemt av redaktøren for tidsskriftet. De som bedømmer og vurdere dette ser på hvor god

forskningsmetoden er og om resultatet og konklusjonen gir svar på det forskeren planla og undersøke. Siden vil de vurdere om artikkelen skal publiseres eller forkastes eventuelt revideres, men det er tilslutt redaktøren for tidsskriftet som tar beslutning om publisering (Forskning 2011).

Artiklene ble vurdert opp mot IMRAD- strukturen for å være sikker på at det er en forskningsartikkel. Artiklene skal da inneholde en innledning (I) som sier noe om hensikten med studien. Metode (M) som sier noe om hvordan studien er gjennomført og hvordan resultatet analyseres. Resultat (R) gir svar på funnene i studien og i diskusjons (D) delen skal det komme svar på hva resultatene betyr (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Artiklene som brukes i denne studien har kvalitativ eller kvantitativ metode. Hvilken metode som er brukt avhenger av problemstillingen på studien og hvilket formål den har. For å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer brukes kvalitativ forskningsmetode. Disse data innsamlingene foregår hovedsakelig gjennom intervjuer og observasjoner og omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjoner eller skriftlig tekst. Kvalitativ forskning gir innsikt i menneskelige uttrykk, enten gjennom språklige ytringer eller handlinger. Ved en kvantitativ studie formulerer forskeren en problemstilling og bestemmer hvordan studien skal designes. Datainnsamlingen skjer ved ulike metoder som prøvetakning, tester, skalaer eller intervjuer. Det som skal studeres skal resultere i en statistisk beregning (Forsberg og Wengstrøm 2013).

En av artiklene er en randomisert kontrollert studie, dette designet anses som det beste for å kunne svare på spørsmål om hvilke behandling eller tiltak som er det mest effektive. En randomisert studie anses som den beste for å kunne svare på hypoteser og påvise effekter (Forsberg og Wengstrøm 2013). En annen artikkel er en tverrsnittstudie, denne artikkelen samler da informasjon på en planlagt måte i en populasjon som er definert på ett gitt tidspunkt. Dette designet brukes når man utforsker sammenhenger eller skal beskrive forekomsten (prevalens) av noe. En tverrsnittstudie kan ikke si med sikkerhet noe om årsaken (Kunnskapsbasert praksis 2012).

For å se om artiklene har vitenskapelig nivå 1 eller 2, er det brukt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), disse har ansvar for registeret over autoriserte tidsskrifter, forlag og serier. Nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og nivå 2 er den som har høyest prestige internasjonalt (NSD 2014). Av de utvalgt artiklene er det to som har oppnådd nivå 2.

3.4 Analyseprosessen

Innholdsanalysen ble utført etter Wengstrøm og Forsberg (2013) sine fem punkt. Etter utvelgelsesprosessen ble åtte artikler valgt og essensen skulle dermed trekkes ut for å få frem de viktigste momentene. Resultatet i alle artiklene ble grundig lest for deretter å bli satt inn i en lesematrise (Vedlegg 3), dette gjorde det lettere å finne en fellesnevner. For å finne denne ble alle resultatene lagt ved siden av hverandre for å gjøre det lettere å se og sammenligne. Resultatene fra lesematrisen ble skrevet i stikkordsform på ark for så å bruke tallkoder, like tall på de resultat som hørte sammen. Dette resulterte i fire hovedkategorier som resultatene ble sammenfattet under.

3.5 Forskningsetikk.

Forskningsetikk er et område innenfor etikken som handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland 2012).

Formålet med forskningsetikk er å gjøre forskerne og samfunnet generelt bevisste på de etiske problemstillinger som oppstår som følge av moderne forskning. Det kan enten være knyttet til resultatene eller prosessen i forbindelse med forskningen. Dette gjelder enten forskningen foregår i offentlig eller privat regi (Kunnskapsdepartementet 2014).

Som sykepleier forpliktes du til å benytte deg av og forbedre dine kunnskaper., og samtidig utvikle ny viten og nye ferdigheter. En slik forpliktelse innebærer forskning som byr på mange utfordringer der i blant etiske problemstillinger. De grunnleggende etiske prinsipper som sykepleieforskning bygger på er: autonomi, å gjøre godt, ikke skade og rettferdighet. Autonomiprinsippet handler om at personen som er med i forskning skal ha fått informasjon og gitt sitt samtykke om å være med i studien. Prinsippet om å gjøre godt betyr i sykepleieforskning at nytten av forskningen har sin berettigelse og bidrar til ny viten i forhold til å fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. Prinsippet om ikke å gjøre skade innebærer at deltageres sikkerhet ivaretas og garanteres slik at ingen personer kommer til skade. Det siste prinsippet om rettferdighet betyr at forskerne tar vare på svake grupper og verner om disse, slik at de ikke blir utnyttet i forskning. Med dette menes de grupper mennesker som ikke kan ivareta sin autonomi, for eksempel bevisstløse og personer med demens (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 1995).

4.0 Resultat

Analysen av forskningsartiklene ble sammenfattet og resulterte i fire hovedkategorier som ser ut til å være av betydning for å sikre at pasienter med demens får tilstrekkelig smertelindring : Systematisk anvendelse av kartleggingsverktøy, systematisk smertelindring, personalets kompetanse og personalets holdninger.

4.1 Systematisk anvendelse av kartleggingsverktøy

I Husebø m.fl.(2010) sin studie deltok 77 pasienter. Ved bruk av MOBID-2 del 1 (Vedlegg 4) skala ble det hos 75 % av pasientene observert nociseptive smerter. Smerter fra muskel og skjelettsystemet dominerte, dette vises også i studien gjort av Jordan m.fl.(2011). Husebø m. fl. (2010) sier videre at smertene er mest hyppig og smertefullt ved mobilisering av bein og minst ved mobilisering av hendene. Smertene kunne sees på pasientens ansiktsuttrykk, etterfulgt av smertelyder og forsvar. Resultatene fra denne studien viser at del 1 har moderat til svært god pålitelighet for å indikere smerte og adferd. I MOBID-2 del to som går på observasjon av smerte fra indre organer, hode og hud var det observert mye mindre smerte. Den demente pasientens opplevelse av smerte vil alltid være utfordrende og spesielt når smerten kommer fra hodet, indre organer og hud. Sett i sin helhet ble MOBID-2 sett på som relevant og viktig og den er motiverende og gjennomførbar å bruke, men den synes å være tidkrevende i bruk. Denne studien viser også at pasienter med ulike typer demens hadde like stor smerteintensitet, men det vises at en kombinasjon av alzheimer og vaskulær demens har en høyere smerteintensitet enn de med kun alzheimer og de uten demens. Smerteskår ved bruk av MOBID-2 samsvarer med legens kliniske undersøkelse av pasienten.

Torvik m. fl. (2010) har i sin studie med 77 pasienter sett på smertevurdering vs. bruken av Doloplus-2 (Vedlegg 5). Ved vurdering av sykepleiere ble 52 % vurdert til å ha smerter og 19 % til ikke å ha. I 29 % av tilfellene sier sykepleierne at de ikke vet om pasienten har smerte. Ved bruk av Doloplus-2 ble 68 % av pasientene registrert til å ha smerte, dette viser at ved bruk av dette smertekartleggingsverktøyet blir flere vurdert til å ha smerte enn når bare sykepleier observerer.

Zwakhalen m.fl. (2012) har gjort en studie som har sett på bruken av PASLAC-D (Vedlegg 6) for og rutinemessig vurdere smerte hos 23 pasienter. Den gjennomsnittlige forekomsten av smerte målt over 6 uker var 22 %. Personalet evaluerte PASLAC-D til å være en brukervennlig og gjennomførbar smertekartleggingskala, men kommenterte at bruk to ganger i uken eller sjeldnere var å foretrekke. Pleiepersonalet syntes det var vanskelig og tolke

smerten og var redd smerte scoren kunne økes av andre grunner enn smerte, som ved for eksempel nød, panikk og lignende. Selv om pasienten hadde smerte var smertestillende lite brukt, i stedet viser hyppig bruk av beroligende medikamenter.

I Jordan m.fl. (2011) sin studie anvender de DisDAT og PAINAD (Vedlegg 7 og 8) for å kartlegge smerte og adferd. Av 79 deltagere ble 13 av disse vurdert til å ha smerte, og mye av smerten var relatert til muskel og skjelettplager. Denne studien viste at PAINAD hadde en høy sensitivitet på 92 % men lavere spesifitet på 62 % for smerte. Den falskpositive gruppen hadde en høyere smertescore enn de andre gruppene, dette forklares med at deltagerne ikke forsto situasjonen å dette forårsaket angst, frykt og sinne. I noen tilfelle forårsaket miljøet ubehag på grunn av oppførselen til andre. DisDAT viste 129 tegn på adferd som kunne relateres til smerte. Forskningen viser at både PAINAD og DisDAT er nyttig og kan bidra til å identifisere smerte og måle effekten av behandling. Det viser seg at PAINAD kan føre til feiltolkninger av smerte.

I studien til Larsen og Knudsen (2013) og Lillekroken og Slettebø (2013) viser det seg at kartleggingsverktøy ikke er implementert som en del av et kvalitetssystem. Dette vil resultere i at det er opp til hver enkelt pleier å sikre kvalitet i smerteproblematikken (Larsen og Knudsen 2013). I Cervo m.fl. (2012) sin studie vises det at ved systematisk bruk av smertekartleggingsverktøy har antall fall blant pasientene blitt redusert. Husebø m.fl (2011) har i sin studie funnet ut at standardisert vurdering og behandling av smerte bør være integrert som en del av den kliniske behandlingen, dette viser seg å virke positivt på smerte, uro og aggresjon hos demente pasienter.

4.2 Systematisk smertelindring

Husebø m.fl.(2010) sin studie sier at det antas at de med sammensatte lidelser er underbehandlet for smerte når de bor på sykehjem.

Husebø m.fl. (2011) gjorde en studie over 8 uker der demente pasienter med adferdsforstyrrelser ble inkludert i studien. Det var en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe som hadde en smertescore på 3 eller mer ved bruk av MOBID-2 smerteskala. Intervensjonsgruppen ble behandlet med paracet, morfin, buprenorfin og pregabaline. Kontrollgruppen mottok vanlig behandling og pleie. Sammenlignet med kontrollgruppen ble agitasjon betydelig redusert hos disse pasientene etter åtte uker. Av 33 intervensjonsgrupper var den den gjennomsnittlige reduksjon i score for agitasjon på 17 %. Smertebehandlingen av disse demente pasientene avsluttes og etter 4 uker er adferds problemer på vei oppover igjen,

dette viser at en systematisk tilnærming til smerter vil redusere agitasjon til demente pasienter som bor på sykehjem.

4.3 Personalets kompetanse

Informantene i Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie sa de hadde kunnskap om noen smertekartleggingsverktøy, men de var usikre på om de kunne brukes som smertevurderingsinstrument for pasientgruppen. Larsen og Knudsen (2013) finner ut i sin studie at to av ti virksomheter gjennomfører internundervisning om smerte det siste år og en virksomhet oppga at de prioriterte eksterne kurs om smertelindring for personalet. Noen sykepleiere har også videreutdanning innen palliasjon, demensomsorg, veiledning og ledelse. Ingen av virksomhetene oppgir å ha personell med utdanning på masternivå. I studien til Zwakhalen m.fl. (2012) uttrykker pleiepersonalet at det er vanskelig å tolke smertesignal og deres største bekymring er at de kan vurdere smerte scoren som høyere enn det den er ved bruk av PASLAC-D. Derfor rapporteres tolkning av smerte til å være komplisert.

4.4 Personalets holdninger

I Lillekroken m.fl.(2013) sin studie mente sykepleierne at det var deres plikt å lindre pasientenes smerte selv om det gikk utover pasientenes autonomi. Sykepleierne må ta hensyn til mange ulike forhold når de skal kartlegge og lindre smerte hos pasientgruppen. Deltakerne synes ofte at de står overfor etiske dilemma ved smertelindring av pasientgruppen. Sykepleierne følte at de måtte ty til tvang når pasientene nektet å ta medisiner, dette som siste utvei i mangel på annet tiltak. Mangel på tid og ressurser til og «overtale» pasienten til å ta medisin. En annen type dilemma som pleierne ofte sto over for var hvem sine verdier bør prioriteres når det gjelder smertelindring. Blandede og ubehagelige opplevelser med pårørende. Tvangsbehandling og overbehandling strider i mot sykepleiernes prinsipper. Men studien viser at sykepleierne er ansvarsbevisste i forhold til pårørendes krav. Pårørendes ønsker samsvarer ikke alltid med pasientens ønsker. Sykepleierne følte at pasientens autonomi ble tilsidesatt og valg av videre tiltak foretas på bakgrunn av pårørendes ønsker.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil resultatene diskuteres opp mot problemstillingen. Resultatene av analysen ga fire hovedtemaer som svar på problemstillingen: *Hvordan sikre at smerte hos personer med demens blir identifisert og tilstrekkelig lindret?*

5.1 Betydningen av å benytte smertekartleggingsverktøy

Gullstandarden for smertekartlegging er selvrapporing (Bjørø og Torvik 2008). Men når pasienter ikke lenger verbalt klarer å formidle at de har smerte må de uttrykke seg på andre måter, dette vil gjerne gjøre seg utslag i adferden. Aggresjon og agitasjon blir da en måte og uttrykke smerte på (Husebø m.fl. 2011).

Som en hjelp til å observere smerte er det utviklet flere kartleggingsverktøy (Bjørø og Torvik 2008). For å forstå smerte og hva det er, er et kartleggingsverktøy essensielt (Sandvik 2011). Kartlegging av smerte hos eldre med demens er utfordrende. Når språkevnen svikter blir det nødvendig å observere adferden fordi dette kan være et tegn på smerte. Det er de senere årene utviklet flere skjemaer for dette (Bjørø og Torvik 2005).

Husebø m.fl. (2010 og 2011) Torvik m.fl. (2010), Zwakhalen, Evan` t Hof og Hamers (2012) , Jordan m.fl. (2011) og Cervo m.fl. har alle gjort studier på kartlegging av smerte hos demente pasienter. Alle disse studiene viser at det oppdages smerte hos flere pasienter ved bruk av disse verktøyene. Men ved å granske resultatene i forskningsrapporten viser det seg at studien til Zwakhalen, Evan` t Hof og Hamers som bruker PASLAC-D har liten smertescore i forhold til for eksempel Husebø m.fl. sin studie som utprøver MOBID-2 smerteskala. Skal man bruke et verktøy som måler smerte er det vesentlig at det måler det som skal måles, altså at det er validitet og i tillegg skal man kunne mål det samme over tid (reliabilitet). Det er flere aspekter enn validitet og reliabilitet man må se på når det skal velges et verktøy som skal brukes til å vurdere smerte hos demente pasienter. Ved bruken av disse bidrar man konsekvent til dokumentasjon og det fremmer også kommunikasjon mellom helsepersonell (Bjørø og Torvik 2008). Smerter fra muskel og skjelettsystemet avdekkes oftest hos pasienter med demens ved bruk av kartleggingsverktøy. (Jordan m.fl. 2011, Husebø 2010, Bjørø og Torvik 2010). Årsaken er at pasienter med for eksempel vondt i foten automatisk ikke vil holde den i ro når den gjør vondt. Har pasienten vondt i magen vil han/hun unngå å bøye seg. Klarer ikke pasienten si ifra hvor det gjør vondt blir smertelokalisasjonen ved bevegelse viktig. Det er viktig at verktøyet inkluderer alle smertelokalisasjoner en pasient har (Sandvik 2011).

Denne oppgaven tar for seg fem forskningsartikler som omhandler verktøyet MOBID-2, Doloplus-2, PASLAC-D, CPAT, PINAD og DisDAT. Dette er bare fem av i alt 35 kartleggingsverktøy som er utviklet. Det er kun MOBID-2 og Doloplus-2 som er testet og i klinisk bruk i Norge (Sandvik 2011). Doloplus-2 er opprinnelig fransk men oversatt til norsk ved NTNU og St. Olavs Hospital. Dette verktøyet er brukt til systematisk smertevurdering av kroniske smerter hos demente pasienter og omfatter vurdering av psykomotoriske reaksjoner, somatiske reaksjoner, adferds problemer og kommunikasjon. En score på 0 betyr ingen smerte mens 3 betyr maksimalt nivå av adferd. Doloplus Group hevder at en score på 5 eller høyere betyr smerte. Den maksimale score kan være på 30 (Bjørø og Torvik 2008).

MOBID-2 er spesielt tilrettelagt for pleiepersonell i sykehjem og den ble utviklet for å fange opp svakheter i Doloplus-2 (Husebø 2011). MOBID-2 er inndelt i to deler der del 1 registrerer smerteadferd og smerteintensiteten ved at pasienten blir ledet gjennom fem øvelser. Ved hjelp av en NRS-skala registrerer og tolker sykepleieren adferden (Sandvik 2011). I del 2 inngår et kroppskart der man setter kryss ved observasjoner relatert til smerteadferd (Husebø 2011).

Noen verktøy har aspekter ved seg som for eksempel kan øke faren for at det er angst og ikke smerte som blir vurdert (Sandvik 2011). Dette blir bekreftet i studien til Jordan (2011), Zwakhalen, Evan`t Hof og Hamres (2012) og personalet uttrykker bekymring for at smertescoren kan økes på grunn av andre ting enn smerte som da for eksempel angst eller panikk. I noen tilfeller kan pasientene ikke forstå situasjonen de er i å dette kan også forårsake angst, frykt og sinne som dermed blir betraktet som et uttrykk for smerte (Jordan m.fl. 2011). Kan konsekvensene av dette være at pasienten får for mye smertestillende? Der man mistenker smerte hos en pasient med demens bør en prøve ut medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Ved endring i adferden hos mennesker med demens må man grundig vurdere potensielle årsaker til det en tolker som smerteadferd. Er andre årsaker enn smerte eliminert bort, kan det beste være å gjøre et forsøk med smertestillende for å se om adferden endrer seg. Når man gir smertestillende må en deretter observere pasientens adferd som for eksempel om han/hun er urolig. Observerer en endring i adferden, kan dette gi støtte til at symptomene er smerte relatert og smertebehandlingen bør fortsette (Herr m.fl. 2006).

Har pasienten urolig adferd kan dette bli sett på som demensutvikling og ikke for lite smertelindring. Får den demente pasienten for lite smertestillende gir dette seg ofte utslag i adferden. En feiltolkning av adferden som kan være agitasjon kan resultere i medisinerings av adferden og ikke av smerten, da vil antipsykotiske midler bli gitt i stedet for smertestillende (Jensen, Tingvoll og Lorem). Smerte og agitasjon er to forskjellige ting og vil dermed kreve

ulik behandling. Demente pasienter kan risikere å bli overbehandlet med antipsykotika for sin utfordrende adferd, uavhengig om hva årsaken er. I Husebø m.fl. (2011) sin studie er det forskere fra England og Norge som har funnet ut at bruken av antipsykotiske medisiner ble betydelig redusert når pasientene fikk smertestillende. Nesten en av fem pasienter ble roligere og hadde mindre utagering. Forskerne brukte Choen-Mansfield Agitasjon Inventory (CMAI) (Vedlegg 8) som kan avdekke 29 definisjoner av agitasjon (Husebø m.fl. 2011)

For å planlegge, iverksette og evaluere en grundig og nøyaktig kartlegging av smerter hos pasienten trengs systematisk og individuell tilpasset smertebehandling for å danne et godt grunnlag. (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). I forhold til eldre som er plaget av smerte har sykepleieren en sentral rolle i dette arbeidet fordi de tilbringer mye tid sammen med pasienten og de har derfor mulighet til å observere og evaluere tiltak som er igangsatt. Sykepleiernes fokus er å kartlegge hvordan smerten virker inn på pasientens funksjon. For at pasienten skal opprettholde selvstendig funksjon lengst mulig må sykepleieren iverksette tiltak for å bidra til smertelindring. Det er viktig at sykepleier viderefremidler observasjoner som er gjort til kollegaer å dokumentere dette (Bjørø og Torvik 2010).

En kan også hevde at kartleggingsverktøy alene aldri kan erstatte sykepleierens generelle observasjoner, men de kan utfylle hverandre. Sykepleiernes observasjonsevne har stor betydning. Erfarne sykepleierne observerer i omtrent alle situasjoner der de samhandler med pasienten og de kan for eksempel registrere når pasienter får smerte ved å se på deres kroppsspråk. Ved å få tak i slike generelle observasjoner vil en dermed kunne gjøre en grundigere kartlegging sammen med eventuelt lege eller andre kollegaer som for eksempel omsorgsarbeidere (Kirkevold og Brodtkorb 2010).

5.2 Betydningen av systematisk smertelindring

Bare personen selv kan si når han har vondt, så smerte er en subjektiv opplevelse. At vi har en smertesans, gjør at vi beskytter kroppen mot skade (Aambø 2007). Smerte forekommer hyppig hos mange eldre i sykehjem og undersøkelser har vist at 45-80 % har smerter. Mange eldre har kommunikasjonsvansker og er ikke i stand til å formidle smerten de har, i tillegg får de sjeldnere smertestillende. Jo mer kognitiv svikt pasientene har jo mindre analgetika får de (Nygaard og Jarland 2005). Evnen til abstrakt tenkning og svikt i hukommelsen gjør det vanskelig å vurdere smerte. De har også vanskelig for å huske tidligere smerte eller hva som er årsaken til smerten (Bjørø og Torvik 2008).

Til tross for at bedre smertebehandling blir utviklet kan det dokumenteres høy forekomst av smerte hos mange pasientgrupper. Demente pasienter er en av disse gruppene (Torvik og Bjøro 2008). Når pasienter har smerte kan dette være en situasjon som er sammensatt eller uavklar og det kan være hensiktsmessig at flere fagpersoner vurderer situasjonen. En tverrfaglig vurdering vil gi et bedre resultat enn om yrkesgruppene hver for seg skal løse hver sin deloppgave (Kristoffersen og Jensen 2005).

For å kunne evaluere om smertebehandlingen er god nok i forhold til målene man ønsker å oppnå, er det viktig å kartlegge smerten før smertebehandlingen blir satt i gang. Dette er også viktig for å kunne sammenligne og evaluere de ulike tiltak som blir satt i gang. Ved systematisk smertekartlegging er målet at hver enkelt pasient skal få individuell og optimal smertebehandling. Og systematisk kunne kartlegge smerte er det første og viktigste tiltaket for effektiv og individuell smertebehandling (Bjøro og Torvik 2008).

Lillekroken og Slettebø (2013) hevder at sykepleiere ved smertebehandling må ta hensyn til pasientens alder, comorbiditet og polyfarmasi. Mange eldre har et komplisert sykdomsbilde og dermed også smerteproblematikk, dette fører ofte til at pasienten bruker flere slag medisiner som kan være med og forverre pasientens tilstand. Dette kan gjøre at sykepleierne er restriktive med å administrere smertestillende (Lillekroken og Slettebø 2013).

Helsepersonelloven § 4 sier at sykepleierne har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og smertelindring anses som dette. Alle pasientgrupper har krav på omsorgsfull hjelp (Lovdata 2014). Kari Martinsen (2003) sier at omsorg er inkluderende. Med dette mener hun at solidaritet er den ledende verdi og den omfatter alle og da spesielt de svake og mest pleietrengende pasientgruppene.

Hos pasienter med alvorlig grad av demens er det viktig å observere atferdsytringer for å vurdere smerte, dette kan være utfordrende. Hver enkelt pasient har sin egen signatur på smerte. Noen kan bli stille og trekke seg tilbake, en annen kan bli urolig, utagerende eller vandre omkring. Som sykepleiere må vi være klar over at adferdsforstyrrelser hos demente pasienter ikke behøver bety at de har smerte, det kan også skyldes personlighetsforandringer som er en del av demenssykdommen (Bjøro og Torvik 2008)

Knudsen og Larsen (2010) hevder i sin studie at å identifisere sykdomsrelatert smerteadferd handler om å kjenne pasienten. Kjenner man pasienten gjenkjenner man også pasienten smerteuttrykk. Smertevurderingsskjema bør benyttes sammen med andre tilnæringsmåter når man skal vurdere smerte. Sykepleiere bør ha god kunnskap om sykdom, betydning av relasjoner, smerteuttrykk og ha kjennskap til pasientens levde liv (Knudsen og Larsen 2010).

For å kvalitetssikre kartlegging og behandling av smerte er samarbeid med pårørende essensielt (Bjørø og Torvik 2008). Pårørende må sees på som en ressurs som bør brukes for å få kjennskap til pasientens levde liv. De har kunnskap om pasientens vanlige adferdsmønster og de kjenner deres smertehistorie og hvordan deres adferd er (Bjørø og Torvik 2008).

Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) viser at det er mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging av smerter hos pasienter med demens, det samme sier studien til Larsen og Knudsen (2013). Dette vil dermed si at det ikke er implementert i kvalitetssystemene og det kan dermed medføre dårligere pleie og behandling. Det vil dermed komme an på hver enkelt ansatt hvilke kunnskap de har om smerte. Nødvendigheten av systematisk kartlegging av smerte er at det vil gi oss viktig informasjon om det som blir grunnlaget for valgt tiltak, evalueringen av tiltakets effekt og for kommunikasjonen om pleien og behandlingen som blir gitt på tvers av behandlingsskjeden (Bjørø og Torvik 2008).

For å oppnå kvalitet i arbeid med smerteproblematikk i sykehjem må prosedyrer implementeres og det vil dermed innbefatte ansvar og oppgavefordeling, hvilke hjelpemidler og kartleggingsskjema som skal brukes og hvilke rutiner det er når smerte avdekkes. Når det er systemer for dokumentasjon, kompetanse til personalet og mulighet for opplæring er dette et uttrykk for kvalitet. Prosedyrer bidrar til at pasienter vil få tilfredsstillende hjelp og behandling når de trenger det (Larsen og Knudsen 2013). Tjenester etter sosial og helselovgivningen skal bli i varetatt på en kvalitetsmessig måte i henhold til kvalitets og internkontrollforskriften. Interkontrollforskriften sier i § 1 og § 4 at det stilles krav til at virksomheter innen helse- og sosialtjenesten systematisk styrer og beskriver virksomhetenes oppgaver og mål. I § 3 i kvalitetsforskriften stilles det krav om utarbeidelse av skriftlige prosedyrer for å kvalitetssikre de konkrete oppgaver og mål som virksomheten har. Kvalitetsforskriften har søkelyset mot brukeren og den pålegger kommunen å ha et system som skal kvalitetssikre sine tjenester for å imøtekomme hvert enkelt individ sitt grunnleggende behov. Å oppleve livskvalitet i livet å få ivaretatt sine viktige verdier, vil være knytt opp mot kvaliteten på tjenesten, å utforme tjenesten må dermed utformes slik at pasienten opplever respekt og føler seg verdsatt (Helsedirektoratet 2004).

Mange sykepleiere fra sykehjem ga uttrykk for ønske og behov for å ha retningslinjer slik at de kunne vurdere hvor mye og ofte pasienter trenger smertelindring. Slik det er i dag uttrykte informantene at og «bare skulle gi en pille» når pasienten hadde vondt ikke var noen god rutine. Til tross for at flere ville ha prosedyrer, var det ikke alle som var positive til dette fordi de mente at smerte ikke kan standardiseres (Lillekroken og Slettebø 2013).

Gran og Landmark (2013) hevder i sin studie at Smertekartlegging må dokumenteres i pasientens tiltaksplan og individuell behandling skal følges opp. Kunnskap om smerte og hvordan kartleggingen skal foregå er viktig, men ikke nok til å optimalisere smertelindringen. Det er behov for stabilitet i lederskapet og en holdningsendring hos personalet slik at de blir mer bevisst på smerter hos eldre. I denne studien viser det seg at det er mangelfull dokumentasjon i tiltaksplanene både når det gjelder smertens intensitet og lokalisasjon og de undres på om dette er årsaken til at pasientene ikke ble smertelindret. I Helsepersonelloven og i forskrift om pasientjournal er det krav om dokumentasjonsplikt og der står det at vurderinger, tiltak og pleien som blir gitt skal dokumenteres (Helse og omsorgsdepartementet 2000). Slik det ser ut i dag er det krevende og få til et godt dokumentasjonssystem på sykehjem. Et effektivt og hensiktsmessig dokumentasjonssystem kreves og at sykepleier tar ansvar for å dokumentere de tjenestene som er gitt. For å bygge opp et hensiktsmessig dokumentasjonssystem må institusjonens ledelse ta ansvar i sammen med det kommunale tjenesteapparatet (Hauge 2010). Man kan anta at når det er mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging av smerter vil det også være svikt i dokumentasjon. Som sykepleiere har vi plikt til å dokumentere for primært å sikre at behandlings- og pleiepersonalet kontinuerlig har mest og den beste bakgrunnsopplysning for å arbeide videre. Det som kan være av betydning å kjenne til om pasientens helsetilstand og helsehjelp skal kunne gjengis. Muligheten for god behandling/pleie vil da sikres. Jo flere personer det er som er involvert i behandlingen av pasienten jo viktigere er dokumentasjonene for kommunikasjonen mellom disse. Skal man muntlig gi relevante opplysninger underveis i behandlingen kan det bli vanskelig og kanskje helt umulig. Dokumentasjon har flere sider ved seg, den skal sikre rett og god helsehjelp men det er også et ledd i kvalitetssikring og internkontrollen i virksomheten (Molven 2012). «Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov» (Helsedirektoratet 2004 s. 7). All helsetjeneste skal ha fokus på kvalitet og dermed er kartlegging av smerte hos demente pasienter et viktig område det bør satses på i sykehjem (Husebø 2011).

I smertebehandling har sykepleierne en viktig funksjon i å lindre pasientens smerter. Å kartlegge smerte og administrere legemiddelbehandling er også sykepleiers ansvar. For at behandlingen skal kunne tilpasses pasientens individuelle behov er det viktig å observere virkning og bivirkning av behandlingen som pasienten får. Alt dette skal rapporteres og dokumenteres til lege. Det er også viktig at vi som sykepleiere ivaretar pasientens behov

(Berentsen, Danielsen og Almås 2010). Ved smertebehandling er det legen som har det medisinske ansvaret, men det viser seg at sykepleietjenesten har en avgjørende innflytelse på legens arbeid. Tiltakene som legen setter i gang blir prioritert, fulgt opp og dette sikrer god oppfølging av pasienten (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Dette viser at sykepleierne også har en behandlende funksjon som består i å assistere legens arbeid ved å følge opp den medisinske utredning og behandling (Nortvedt og Grønseth 2010).

Det er to viktige forutsetninger for tilstrekkelig smertelindring i følge Den norske legeforening. Hovedmålet skal være klart for alle: Pasienten skal ikke lide unødvendig og ha det så godt som mulig. For å unngå komplikasjoner som kan oppstå bør pasienten bevege seg og puste godt. Behandlerne skal ha kunnskap om bivirkninger og hvordan det forebygges og behandles. Disse kunnskapene skal være basert på fakta så langt det lar seg gjøre (Den norske legeforening 2009)

5.3 Betydningen av personalets kompetanse

Teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap er sykepleiefagets verdigrunnlag. Dette er den kliniske sykepleiekompetansen. En viktig side ved denne kompetansen er evnen til å observere pasientens tilstand, evnen til å reagere og evnen til å handle hensiktsmessig. Den kliniske sykepleiekompetansen utvikles gjennom teoretisk kunnskap og klinisk erfaring (Kristoffersen 2005). Kari Martinsen(2003) sier at vi ikke uten videre blir faglig dyktige og kan utøve god omsorg selv om vi leser fagbøker og får medisinske kunnskaper. Disse kunnskapene må også praktiseres. Den faglige dyktigheten antas å komme av at praktiske ferdigheter og fagkunnskaper går sammen og blir en enhet. Gjennom erfaringer blir den praktiske kunnskapen utviklet samtidig som det gjøres refleksjoner over erfaringer som blir gjort (Martinsen 2003).

Lillekroken og Slettebø (2013) hevder at sykepleierne har gode nok kunnskaper om smerte, men de har mangelfulle kunnskaper når det gjelder smertekartlegging. Det kom også frem at sykepleierne ikke bruker smertekartleggingsverktøy. Funn som er gjort i en studie av Larsen og Knudsen (2013) viser at kvaliteten i smertevurderingen avhenger av personalets kompetanse og kontinuiteten i pasientoppfølgingen. I sykehjem der denne studien ble gjort var andelen sykepleiere halvparten av antall hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og virksomhetene manglet personell med videreutdanning. Når virksomhetene har ulik kompetanse og stillingsstørrelse svekkes kontinuiteten i oppfølging av pasienten og kunnskapen om pasienten

blir mindre. Tiltak som internundervisning kunne gitt personalet oppdatert kunnskap om smerte, men dette er gjennomført bare i få av virksomheter (Lillekorken og Slettebø 2013). Zwakhalen m.fl. (2012) hevder i sin studie at bare halvparten av de pasientene som hadde smerte fikk smertelindring i form av medikamenter. Pleiepersonell var lite flinke til å rådføre seg med sykepleiere og leger når pasienten hadde vondt. De som gjorde denne studien mener dette er et resultat av mangel på kunnskap om smerte og smertetiltak. Det er avdekket at det er økt behov for kompetanse innen smertekartlegging og- behandling av smerte (Gran m.fl..2013). St.meld 10 (2012-2013) sier at for å sikre kompetanseheving i kommunehelsetjenesten må personalet delta i forskningsstudier. Med involvering i praksisnær forskning vil dette gi bedre grunnlag for å utøve kunnskapsbasert praksis. Aktiv deltagelse, jobbe målrettet og ha engasjement vil stimulere til et attraktivt arbeidsmiljø. Dette vil dermed sikre rekruttering og at flinke fagpersoner blir i miljøet (Gran m.fl. 2013).

Man kan undre seg over hvorfor ikke sykepleiere har bedre kunnskap om smerter og smertekartlegging når det i sykepleiernes etiske retningslinjer punkt 1.4 står at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert om forskning og utvikling i praksis innen sitt fagområde. I tillegg skal ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund 2011). Også Helsepersonelloven sier i punkt 8.3.2 at helsepersonell plikter å holde seg faglig ajour innen fagområdet (Helse og omsorgsdepartementet 2014).

Å forstå og samhandle med demente pasienter innebærer store utfordringer. Smerter må kommuniseres gjennom aggressiv adferd eller fysisk uro, derfor må sykepleiere ha gode fagkunnskaper, god evne til observasjon og vurderingsevnen må være god for å finne årsaken til uroen eller den aggressive adferd. Det er viktig som sykepleier å ha et godt klinisk blikk slik at forverring av pasientens tilstand, nye sykdommer eller symptomer kan oppdages tidlig. Å arbeide i sykehjem er faglig utfordrende (Bergland 2013) og sykepleieryrket stiller stadig nye krav og man må hele tiden være innstilt på kontinuerlig forandring. Som yrkesutøvere er sykepleierne i stadig faglig og personlig utvikling og dette må foregå på sykepleierens arbeidsplass der kompetansen utøves. Kompetanseutvikling gir utvikling fremover mot et høyere kompetansenivå. For å utvikle yrkeskompetanse må arbeidsplassen legge til rett for læring sammen med kollegaer. Kollegaer er viktig for hverandres yrkeskompetanse. For å utvikle klinisk sykepleiekompetanse er det nødvendig med erfaring fra sykepleiesituasjoner, teoretisk kunnskap er også nødvendig å tilegne seg. I tillegg kan erfarne kollegaer fungere som læremestere. Å utvikle sin kompetanse er avhengig av den evne og vilje man selv har til å reflektere over sin egen yrkesutøvelse i tillegg til å motta tilbakemeldinger på det man gjør

fra kollegaer. Reflekterer man sammen med kollegaer vil dette utvikle yrkeskompetansen både for den enkelte sykepleier og for kollegaene (Kristoffersen 2005).

Det er de senere årene gjort en stor innsats rundt omkring i kommunen for å heve kompetansenivået innen demensomsorgen. Men skal denne kunnskapen nyttiggjøres må det en endring til på hver enkelt arbeidsplass. At endringene er forankret i det administrative er ikke alltid nok, man trenger også forståelse fra ledelsen. Det er også behov for at ledere på høyt nivå får kunnskap om demens og hvilke utfordringer det gir (Kirkevold 2013).

På et sykehjem er det sykepleieren som har ansvar for at det utvikles og vedlikeholdes et aktivt fagmiljø. I et sykehjem er det mange ufaglærte og for å fungere godt i arbeidet trenger disse opplæring. Innføring i sykepleiefaget og tilbud om veiledning må til for å sikre kvaliteten på tjenesten. Ved å være en god rollemodell i arbeidet kan sykepleieren bidra til en høy faglig standard (Hauge 2010).

Å kunne utøve kunnskapsbasert sykepleie er en fin måte å dele kunnskap på. Å kunne undre seg å etterspørre pasienten og pårørendes forståelse i tillegg til å innhente kunnskap på en sak kan dette være med å stimulere faginteressen. Ved diskusjoner kan en gi råd og veiledning til de man jobber sammen med samtidig må sykepleiere ha respekt for helsearbeidernes kompetanse og erfaring for å kunne utvikle et godt fagmiljø (Hauge 2010).

5.4 Betydningen av personalets holdninger

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen 2010 s.205). I begynnelsen av livene våre er det foreldrenes påvirkninger som er med på å forme holdningene våre, senere vil andre kilder som venner, utdanning og massemedia være med på å påvirke oss. Dette er med på å utvikle meninger, holdninger og verdier hos oss. Av disse tre så er det holdninger som er den faktoren som har størst innflytelse på atferden vår (ibid). Det viser seg at sykepleiere med spesialutdanning innen geriatri, psykisk helsearbeid og/eller demens har mer positive holdninger enn vanlige autoriserte sykepleiere, til pasienter med demens. Disse hadde større tro på de demente pasientenes mestringsmuligheter enn de blant personalet uten videreutdanning (Kada m.fl. 2009). Holdninger er vurderende eller dømmende, enten i positiv eller negativ retning. Holdningene våre forandres ikke på en enkel måte, men over tid. Holdninger deles inn i tre ulike komponenter, den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen (Håkonsen 2010).

For å utøve god sykepleie er det avgjørende å være seg bevisst hvilke holdninger en møter eldre mennesker med. Selv om man som sykepleier kjenner til holdningsbegrepet kan det være rammebetingelser som er til hinder for å handle slik en ønsker (Nygaard, 2012). Flere av deltagerne i Lillekroken m.fl. (2013) sin studie gir uttrykk for at de ofte står over for etiske dilemma når det gjelder lindring av smerte hos pasienter med demens. Det er pasienter som nekter å samarbeide om å ta smertestillende og hvor sykepleieren da må prøve og «overtale» pasienten til å ta medisiner sine. Som sykepleier må målet vær at pasienten skal forstå hva som skal skje. Ved å nærme seg pasienten på en trygg og god måte gjør at også pasienten føler større trygghet. Vær bevisst på å sende ut like signaler både verbalt og nonverbalt. I tillegg å bruke syn, hørsel og berøring for å nå frem (Engedal og Haugen 2009). Å være sykepleier å skulle medisinere uten at pasienten vet det, er etisk og juridisk betenkelig og det oppfattes som tvangsmedisinering. Det viser seg at det i Norske sykehjem er over 10 % av pasientene som får medisin tilsatt i mat eller drikke uten at de er klar over det. For pasienter med demens er det hele seks ganger så stor sjanse for at dette skjer. Halvparten av disse pasientene får medisiner i mat eller drikke fordi de motsetter seg medisinering. Intensjonene for medisinering uten at pasienten selv ikke vil er kanskje gjort i beste mening? Det blir medisinert fordi at pasienten skal få mindre plager, men kanskje også for at pasienten skal være mindre «plagsom» (Kvaal 2010). I noen tilfeller føles dette som tvang, noe som er ulovlig og strider mot sykepleiernes etiske prinsipper (Lillekroken og Slettebø 2013). For å unngå unødig bruk av tvang trådte det i kraft 1. januar 2009 en ny lov i pasientrettighetsloven. I kapittel 4A står det at den har som formål å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Målet med denne loven er at den skal forebygge og begrense bruk av tvang innen helsetjenesten (Lovdata 2014). Man vet at demente pasienter ofte får antipsykotiske legemidler, dette viser blant annet studien til Husebø (2011) der resultatene viser at ved bruk av kartleggingsverktøy ble bruken av antipsykotiske legemidler redusert. Kapittel 4A sier også tydelig at den ikke gjelder psykiatriske tilstander (Lovdata 2014). Det vil dermed si at demente pasienter som får antipsykotiske legemidler ved tvang, så er heller ikke det etter loven (Kvaal 2010).

Det er ikke noen klar lovhjemmel som godtar helsehjelp mot pasientens vilje, annet enn i klare nødsituasjoner som ved akutte livstruende situasjoner. Da er det lovfestet i § 7 i Helsepersonelloven (Lovdata 2014). I følge Slettebø (2010) mener filosofen Sissela Bok (1979) at ut i fra en filosofisk synsvinkel kan man diskutere slike små «bedrag» som å gi medisiner knust i syltetøy. Rent etisk er dette problematisk å forsvare, det vil være fare for at

en løgn griper den andre. Å lure i demente pasienter legemidler sier noe om vårt syn på menneskeverd og etiske rettigheter. I følge Torbjørnsen (2005) har Travelbee i sin teori fokus på interaksjoner og menneske-til-menneskeforhold og sier at dette er viktig for å utøve god sykepleie til pasienten. Ut i fra hennes teori kan en lettere kunne ta del i og lettere skjønne pasienten sine følelser og tanker og på denne måten kunne bidra til en best mulig lindring av pasienten sin smerte. Et skritt på veien mot menneske – til-menneskeforhold kan være all kontakt sykepleieren har i møte med pasienten hun har omsorg for. Dette gjelder spesielt hvis sykepleieren går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og finne fram til å ivareta pasientens behov (Torbjørnsen 2005). I sykepleien er det viktig at ens holdninger er naturlige og ekte, slik at det kan uttrykke hvordan vi er som person. For å kunne etablere gode mellommenneskelige og terapeutiske relasjoner til pasienten, er visse karakteregenskaper, som sympati, empati, å være oppriktig og deltagende for å nevne noen, helt grunnleggende (Kristoffersen 2010). I følge Kirkevold (2008) hevder Travelbee i sin teori at som sykepleier har vi «ansvar» for våre holdningsmessige reaksjoner og vi må tilpasse vår væremåte til den aktuelle situasjon. Samfunnets negative holdninger til sykdom, skrøpeligheit og alderdom påvirker personalet, disse holdningene kan påvirke interaksjonene med de gamle (Kirkevold 2008).

I pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2 går det klart fram at alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Det er helsepersonell som må avgjøre om pasienten er samtykkekompetent eller ikke. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal pårørende delta i beslutningsprosessen. (Kirkevold, Brodkorb og Ranhoff 2010).

En annen side av saken som deltagerne i Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie nevner er at de ikke har tid til motivasjonsarbeid for å kunne gi pasienten smertestillende medikamenter. Man kan stille seg undrende til om hverdagen er så travel at dette er umulig. Arbeidsdagen for sykepleiere på sykehjem preges av travelhet og dårlig tid til den enkelte pasient. Det er ofte få ansatte på jobb noe som er avgjørende for hvor mye tid hver enkelt pasient får og de har sjelden tid til hver enkelt. Dette medfører at de sjelden eller aldri har tid til kartlegging av pasienten. Hvert tredje sykehjem har ustabil bemanning og mangel på sykepleiere, dette fører til lav kvalitet på tjenesten som tilbys. Konsekvensen av dette vil være at det blir umulig å gi blant annet god medisinsk behandling (Legeföreningen). Å skylde på lite bemanning kan også brukes som en «sovepute», skjer dette kan krenkelser og umoralsk praksis skje. Holdningene til pleiepersonalet kan være veldig gode med tanke på hva som er best for pasienten og hva

som er det riktige å gjøre. Å drøfte etiske utfordringer kan pleiepersonalet være veldig flinke til. Hvis personalet har sytende holdning og skylder på underbemanning og dårlig tid, vil man ikke opprettholde den etiske standarden som man gjerne ønsker. Det er viktig i slike situasjoner å ha god å tydelig ledelse som kan planlegge og tilrettelegge arbeidsdagen for de ansatte. I tillegg er det viktig at ledere slår ned på sytende kultur (Hjelseth 2010)

5.5 Metodekritikk

Oppgaven bygger på høgskolen i Gjøvik sin undervisningsplan.

I oppgavens bakgrunnsdel er det bevisst brukt primærkilder og-litteratur som ikke er eldre enn 2002, med unntak av en artikkel som er skrevet av Norman (1996). Den ble valgt fordi den er referert til i Eide og Eide (2007), som er pensumlitteratur. Hele bakgrunnsdelen er presentasjon av kunnskap som består av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. I den selvvalgte litteraturen brukes forfattere som har gjort mye forskning innen demensomsorgen og man vil dermed anta at dette er en styrke. Det er hensiktsmessig å ha en teoripresentasjon slik at den som leser oppgaven skal få en førforståelse for hva den handler om.

Mye tid er brukt på søk i databaser etter forskningsartikler. Erfaring fra søkene viser at det finnes mye forskning rundt tema demens og smerte. Inklusjons og eksklusjons kriteriene hjalp oss mye i avgrensning av våre valg og dette resulterte i åtte artikler som er relevante for vår oppgave. Seks av artiklene var skrevet på engelsk og to på norsk. De valgte artikler er alle primærkilder, det vil si at de er forfatterne som har skrevet artikkelen som har gjort forskningen og tolket den (Polit og Beck 2010). Alle våre utvalgte artikler er peer-reviewed. Seks av artiklene har vitenskapelig nivå 1 og to har nivå 2. Man vil derfor anta at artiklene er troverdige. Flere av forskerne går igjen i litteraturhenvisningene til hverandre og dette er med på og styrker troverdigheten enda mer. At både de utvalgte artikler og bakgrunnsdelen har bare primærkilde kan man se på som en styrke i oppgaven.

Ulikhetene i størrelsen på studiene kan være en svakhet men ikke nødvendigvis. I studien til Zwakhalen m.fl. (2012) som er en forholdsvis liten studie, både når det gjelder uker studien har gått over og antall deltagere ser man at ved denne studien oppdages mindre smerte enn i de andre studiene som kartlegger dette.

Valget falt på å presentere de valgte artiklene i en lesematrise, dette ga en god oversikt for oss når vi skulle sammenfatte resultatene. Vi tror også at den som leser vår oppgave vil ha nytte av en lesematrise for å få oversikt over viktige elementer i de valgte artiklene. Som nevnt før i oppgaven er søkene snevret inn fra 2009 – 2014, dette fordi man da vil finne den nyeste

forskningen. Ved å snevre inn søkene så mye kan man gå glipp av gode artikler som er eldre, så dette kan sees på som en svakhet. Lesing og analysing av artiklene tok mye tid, dette på grunn av at man vil være sikker på at innholdet i artiklene var relevant for oppgaven og at innholdet ble forstått. På grunn av at de fleste artiklene var engelskspråklige gis ingen garanti for at de er tolket helt riktig og dette kan være en svakhet i oppgaven.

I oppgavens diskusjonsdel skal man vise til hva en har lært av studien og se på hvordan den nye kunnskapen har sammenheng med den kunnskapen som allerede finnes på området (Dalland 20012). I diskusjonsdelen er det brukt pensum litteratur, selvvalgt litteratur, lovverk, stortingsmeldinger og offentlige dokumenter. I denne delen av oppgaven brukes både primær og sekundær litteratur. Sekundær litteratur kan være en kilde til feiltolkning, fordi den er tolket av andre (Dalland 2012). Bruken av sekundær litteratur har vært kritisk vurdert og derfor er det brukt høgskolen sine kriterier for å vurdere troverdigheten av denne litteraturen. Den henvisningen vi har vært mest kritisk til er Bjørn Kvaal sin artikkel om: Demens øker faren for hemmelig medisiner, dette fordi han er en frilansjournalist uten noen bakgrunn innen helsevesenet og fordi man vet at hvem som helst kan publisere noe på nett. Derfor bør man være kritisk til dette. Artikkelen sto i Demensinfo.no som er et nettsted utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og antas dermed til å være en sikker kilde (Demensinfo 2014). I tillegg henviser Kvaal til primær artikkelen skrevet av sykepleier Øyvind Kirkevold og professor Knut Engedal. Kirkevold er assisterende fag og forskningssjef og Engedal er seniorforsker, begge er tilknyttet Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste og anerkjent innen forskningsmiljøet.

Lærebøkene klinisk sykepleie blir brukt i oppgaven fordi de står på pensumlisten, men det er mulig disse kan ligge inne med noe for gammelt fagstoff, da det viser seg at disse er kommet ut i et nytt opplag i 2011.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven var utgangspunktet å finne ut hvordan smerte hos personer med demens blir identifisert og tilstrekkelig lindret.

Smertekartlegging har liten prioritet i sykehjem, selv om det er høy forekomst av smerte hos pasienter med demens. For å kunne identifisere smerte er det viktig med systematisk smertekartlegging, målet med dette er å gi hver enkelt pasient individuell og optimal smertebehandling.

Det er viktig at sykepleier kjenner pasienten og vet noe om hans/hennes levde liv. På denne måten vil sykepleieren bedre identifisere pasientens smerte ved å gjøre gode observasjoner. Sykepleierens observasjoner har stor betydning, de observerer i alle situasjoner der de er i samhandling med pasienten og dermed kan de registrere pasientens smerte bare ved å se på kroppsspråket. Jo mer erfaring man får som sykepleier jo bedre blir det kliniske blikk. For optimal smertekartlegging bør smertekartleggingsverktøy som er valide og reliable i bruk implementere som et supplement. Da avdekkes smerte hos en større del av disse pasientene.

Det er sykepleiernes ansvar å yte omsorgsfull hjelp i samarbeid med andre fagpersoner. Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper viser seg å gi gode resultater, fordi alle jobber mot samme mål.

Ved å implementere smertekartlegging i kvalitetssystemene på sykehjemmene vil smerte hos pasienten bli identifisert og riktig smertelindring vil bli utført. Det er viktig med gode rutiner ved dokumentasjon, dette gir viktig informasjon om pasienten. Det vil dermed sikre kvalitet i tjenesten og pasienten vil få god behandling og pleie.

For at pasienten skal bli tilstrekkelig smertelindret må sykepleierne ha gode fagkunnskaper om smerter i tillegg til og ta seg god tid. Dette sikrer at pasienten får tatt sin medisin. Da unngås også bruk av tvangsmedisinering.

Det slås fast at videre forskning er nødvendig, blant annet for å finne strategier for implementering av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. I tillegg trengs det mer forskning for å identifisere sykepleierens behov for mer spesialisert kunnskap om demenssykdommer, samhandling og smertelindring hos personer med demenssykdom. Det ses også på som nødvendig med studier i andre populasjoner

Litteraturliste

- Bergland, Å. (2013) Faglig spennende på sykehjem. I: Sykepleien Forskning, 8(2) s.107-107.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff. *Geritrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal s.350-382.
- Berntzen, H., A. Danielsen og H. Almås, (2010) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal s.355-398.
- Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Bjørø, K. og Torvik, K (2010). Smerte. I: Kirkevold,M., K. Brodtkorb og A. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 333-349.
- Bjørø, K. og Torvik, K (2008). Smerte hos eldre. I: Rustøen, T. og A.K. Wahl(red.). *Ulike tekster om smerte Fra Nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal s.105-127
- Bjørø, K. og Torvik, K (2008).Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I: Rustøen, T. og A.K. Wahl(red.). *Ulike tekster om smerte Fra Nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal s.182-201.
- Breivik, H., B. Collet, V. Ventafridda, R. Cohen og D. Gallacher (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. I: *European Journal of Pain*, 10(4), s. 287-333.
- Cervo, F.A., P.Bruckenthal, S.Fields, L.E. Brigh-Long, J.J. Chen, G.Zhang og I. Strongwater (2012) The Role of the CAN Pain Assessment Tool (CPAT) in the Pain Management of Nursing Home Residents with Dementia. I: *Geriatric Nursing* 33(6), s. 430-438.
- Den Norske Legeforening (2001) *Når du blir gammel - og ingen vil ha deg...* [online]. URL: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-5-de-sykeste-og-svakeste-eldre-eldre-i-sykehjem/> (27.04.2014).
- Dalland, O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal
- Engedal,K. og P.K. Haugen (2009) *Lærebok demens Fakta og utfordringer*. Tønsberg: BK Grafisk as

- Eide,H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C. & Y.Wengstøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarne och bokforlaget Natur & Kultur.
- Forskning.no (2011) Fagfellevurdering [online]. URL: www.forskning.no/artikler/2011/mars/281227 (25.03.2014)
- Gibson,S.J. og Farell,M.(2004) A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. I: *clinical Journal of Pain*, 20 (4): 227-382
- Gran,S.V., E.K. Grov og B.T. Landmark (2013) Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre i sykehjem. I: *Sykepleien Forskning*, 3(13), s. 220-229.
- Gran, S.V. og B.T. Landmark (2012) Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), s.34-46.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem.I: *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 219 - 236.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld. nr 10 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Forskrift om pasientjournal*.(online). Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=forskrift+om+pasientjournal> (23.04.2014)Helsepersonelloven (2013) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (20.04.2014).
- HIG (2012) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (05.03.2014)
- Hjelseth, T.H. (2010) *Etikk i sykehjem* [online]. URL: <http://www.ks.no/PageFiles/14483/Artikkel,%20ThHjelset%20151110.pdf> (03.05.2014).
- Husebø, B.S., C. Ballard, R. Sandvik, O.B. Nilsen og D. Aarsland (2011) Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing home with dementia: cluster randomised clinical trial. I: *British Medical Journal*, 343(6)

- Husebø, B.S., L.I. Strand, R. Moe-Nilssen, S.B. Husebø og A.P.Ljunggren(2010) Pain in Older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in clinical setting. I: *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24,s.380-391.
- Herr, K., P.J. Coyne, R. Manworren, M. McCaffery, S. Merkel, J. Pelosi-Kelly og L. Wild (2006) Pain Assessment in the Nonverbal patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. I: *Pain Management Nursing*, 7(2), s. 44-52.
- Håkonsen, K.M. (2010) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Jordan, A., C. Regnard, J.T. O'Brien og J.C. Hughes :(2011) Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job. I: *Palliative Medicine*, 26(7), s. 873-878.
- Kada, S., H.A.Nygaard, B.N. Mukesh og J.T. Geitung (2009) Sykehjettes holdninger til pasienter med demens. I: *Sykepleie Forskning*, 4(3) s.232-233.
- Kirkevold,M. (2008) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal
- Kirkevold, Ø. (2013) God omsorg handler om ledelse. I: *Sykepleie Forskning*, 8(11) s. 7-7.
- Kirkevold,M. og K. Brodtkorb(2010) Kartlegging. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff. *Geriatrisk sykeplei God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s.113-122.
- Knudsen, L.B. og T.A. Larsen (2010) Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter-en litteraturgjennomgang. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(2), s.29-48.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og E-A.,Skaug, (2005) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.A., F. Nortvedt og E.A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie - bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. og K .O. Jensen (2005) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N.A., F. Nortvedt og E.A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 184-235.
- Kristoffersen, N.J. (2005) Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.A., F. Nortvedt og E.A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 215-257.
- Kunnskapsbasert praksis (2012)*Tverrsnittstudie* [online]. URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie/> (21.04.2014)

Kunnskapsdepartementet (2007) Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/otprp/20052006/otprp-nr-58-2005-2006-.html?id=187808> (08.04.2014).

Kvaal, B. (2010) *Demens øker faren for hemmelig medisiner* [online]. URL: http://demensinfo.no/?page_id=3326 (30.04.2014)

Larsen, T.A. og L-B. Knudsen (2013) Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. I: *Nordisk sykeplejeforskning*, 4(3) s.287-299.

Lillekroken, D. og Å., Slettebø (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. I: *Vård i Norden*, 3, s. 29-33.

Martinsen, K., (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Bergen: Univeritetsforlaget.

McCaffery, M. (1968) *Nursing practice theories related to cognitions, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: UCLA Students Store.

Molven, O. (2012) *Helse og Jus*. Oslo: Gyldendal.

Mysja, A. (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. I: *Medisin og vitenskap*, 11 s. 1497-1499

Norman, K.D. (1996). The role of empathy in the care of dementia. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3 (5): s.313-317.

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Oslo: Norsk sykepleieforbund

Nortvedt, P. og R. Grønseth (2010) Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I: Almås, H., D-G Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal

NSD(2014) *Publiseringskanaler* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (04.03.2014).

NSD (2014) *Publiseringskanaler* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalSokDokumentasjon> (08.04.2014).

Nygaard, H. A., (2012). Kronisk, ikke-ondartede smerter hos gamle.. I: *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 249-262.

- Nygaard, H.A., og M. Jarland (2005) Kroniske smerter hos sykehjemspasienter- selvrapportering og sykepleiers vurdering. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10(125), s.1349-1351.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2014) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov+om+pasient+og+bruker> (30.04.2014)
- Polit, D. F. og C.T., Beck, (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice.*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T., A.K. Wahl, B.R. Hanestad, A. Lerdal, S.Paul og C. Miaskavski (2004) Prevalance and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. I: *European Journal of Pain*, 8(6) s 555-565.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Bergen: Univeritetsforlaget.
- Nygaard, H. A. (2012). Kronisk, ikke-ondartede smerter hos gamle. I M. Bondevik, & H. A. Nygaard, *Tverrfaglig geriatri* (ss. 249-262). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik, R.K. (2011) Smertevurdering ved kognitiv svikt. I: *Kreftsykepleie*, 3, s. 10-16.
- Slettebø, Å. (2002) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal
- Sosial-og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten*. Sosial- og helsedirektoratet: Trykkekspedisjon.
- Sosial-og helsedirektoratet (2007) *Legetjenester i sykehjem-en veileder for kommunene*. Sosial- og helsedirektoratet: Trykkekspedisjon.
- Sykepleien (2003) Etiske retningslinjer for sykepleie i Norden [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (15.04.2014).
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Torvik, K., S. Kaasa, Ø.Kirkevold, I. Saltvedt, J.C. Hølen, P.Fayers og T.Rustøen (2010) Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of

Doloplus-2 in a clinical setting. I: *BMC Geriatrics* [online]. 10 (9). URL:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/9#> (07.04.2014).

Zwakhalen, S., C. Evant`Hof og J. Hamers (2012) Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. I: *Journal of Clinical Nursing*, 21(6), s.3009-3017.

Aambø, A. red. (2007) *Smerter. Smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen Forlag A/S

Vedlegg 1 Søkeprosessen

Søk i: Pub Med

Søkedato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Valgte
01.04.14	1 Dementia		13135			
	2 Behavior		113753			
	3	1 and 2	1582			
	4 Nursing home		2338			
	5	2 and 4	106			
	6 Pain*		44545			
	7	1 and 2 and 6	13	4		1

Søk i: Cinahl

Søkedato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Valgte
25.02.14	1 Dementia		2483			
	2 Pain assessment		461			
	3	1 and 2	29			
	4 Old patient		5839			
	5	2 and 4	1			0
	6	1 and 2 and 4				0
01.04.14	1 Dementia		2381			
	2 Pain measurement		2679			
	3	1 and 2	43			
	4 Nursing home		25706			
	5	3 and 4	19	4		3

Søk i: Swe Med:

Søkedato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Valgte
24.02.14	1 Dementia		672			
	2 Pain assessment		859			
	3	1 and 2	9	5	4	2
01.04.14	1 Smertekartlegging		2	2	2	1

Søk i: Google scholar

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Valgte
07.04.14	Torvik	3	2	1	1

Vedlegg 2 Pico-skjema

P	I	C	O	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑
Pasienter med alvorlig demens som har smerte og bor på sykehjem.	Sykepleiernes kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy og smertelindring.		Smertelindring	↓
← AND →				OR

Vedlegg 3 Lesematrixe

Forfatter, år, tittel, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>B.S.Huseboe, Liv I. Strand, Rolf Moe-Nilssen. Stein B. Huseboe, Anne Ljunggren (2010).</p> <p>Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID 2) Pain scale in a clinical setting</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>(Norge)</p>	<p>Vurdere smerte hos eldre med alvorlig demens.</p> <p>Presentere den videre utvikling av MOBIS-2 del 1.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Registrere smerteintensiteten og smerteadferd ved mobilisering av pasienten.</p> <p>Del 1 vurderer pasientens respons på smerte og den vurderes fortløpende. Det krysses av for smerterelatert adferd. Smerten tolkes ut fra en skala fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte.</p> <p>Del 2 inkluderer smerteadferd relatert til hode, munn, bryst, lunge, hjerte, øvre og nedre del av mage, bekken, hud, sår og infeksjon. En kroppsskisse er inkludert for å gjøre personalet mer bevisst på hvor smerten sitter.</p>	<p>284 demente pasienter over 65 år med MMS på under 12.</p> <p>En fra familien eller verge.</p> <p>Sykepleier som fikk systematisk innføring i bruken av smerteskjema og det var to sykepleiere som skulle kjenne pasienten godt å ha ansvar.</p>	<p>MOBID-2 smerteskala kan gi reliable og valide skår for smerteintensitet.</p> <p>80 % hadde smerter når hele skalaen ble brukt</p> <p>Smerter fra muskel og skjelettsystemet dominerte</p> <p>Smerter som ikke relateres til muskel og skjelettsystemet er også hyppig, men dette er vanskeligere og vurdere.</p> <p>Alle typer demens viser like stor smerteintensitet.</p> <p>Det antas at de med sammensatte lidelser er underbehandlet for smerte.</p> <p>Smerteskaeren som MOBID-2 gir samsvarer med legens kliniske undersøkelse.</p>

Forfatter, år, tittel, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Karin Torvik, Stein Kaasa, Øyvind Kirkevold, Ingvild Saltvedt, Jacob C Hølen, Peter Fayers og Tone Rustøen (2010).</p> <p>Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting</p> <p>BMC Geriatrics (Norge)</p>	<p>Undersøke bruken av doloplus-2 i sykehjem.</p> <p>Evaluere om den var pålitelig i tillegg til å sammenligne den med sykepleiernes beregning av smerte.</p>	<p>Kvantitativ metode</p> <p>En tverrsnitt undersøkelse</p>	<p>77 pasienter over 65 år med alvorlig kognitiv svikt.</p> <p>Sju norske sykehjem inkludert.</p> <p>Primærsykepleier som hadde regelmessig omsorg for pasienten.</p>	<p>52 % av pasientene ble evaluert av sykepleiere til å ha smerte.</p> <p>68 % ble med bruk av doloplus-2 evaluert til å ha smerte.</p> <p>Sykepleierne var i 29 % av tilfellene ikke i stand til å rapportere om pasienten hadde smerte.</p>

Forfatter, år, tittel, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Alice Jordan, Claud Regnard, John T O'Brien, Julian C Hughes (2011).</p> <p>Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job.</p>	<p>Evaluere nytteverdien av PAINAD og DisDAT som måler henholdsvis smerte og adferd.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Pasienter med alvorlig demens ble observert ved hjelp av to ulike vurderingsverktøy.</p>	<p>79 sykehjemsbeboere med alvorlig demens.</p>	<p>Av 79 deltagere, ble 13 vurdert til å ha smerter.</p> <p>Mye av smerten som registreres er muskelrelaterte smerter.</p> <p>Begge verktøyene viste en betydelig reduksjon på</p>

Palliative Medicine (UK)				smerte etter behandling med smertestillende.
--------------------------	--	--	--	--

Forfatter, år, tittel, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Bettina s Husebø, Clive Ballard, Reidun Sandvik, Odd Bjarte Nilsen og Dag Aarsland (2011).</p> <p>Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbance in residents of nursing home with dementia: cluster randomised clinical trial</p> <p>BMJ</p> <p>(Norge og)</p>	Finne trygge og effektive måter å redusere uro og aggresjon hos pasienter med demens.	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Randomisert kontrollert studie over 8 uker med oppfølging over 12 uker (4 uker etter utløp av behandlingen).</p> <p>Det ble i studien brukt Cohen-Mansfield Agitasjon inventory (CMAI), som er et skjema som består av 29. definisjoner av agitasjon som vurderes på en skala.</p> <p>Deltagere i intervensjons-gruppen fikk individuell behandling for smerter i 8 uker med medisiner som patacet 3g/døgn, morfin, buprenorfin depot eller pregabaline.</p>	<p>352 voksne deltagere over 65 år som har bodd på sykehjem i minst fire uker.</p> <p>Deltagerne skulle ha diagnosen demens i henhold til diagnostikk og MMS av fjerde utgave og klinisk relevante adferdsforstyrrelser.</p> <p>Sykepleiere ble undervist i bruken av CMAI skjema slik at de kunne bruke disse. Pasientens pårørende ble intervjuet.</p>	<p>Agitasjon ble betydelig redusert i intervensjonsgruppa sammenlignet med kontrollgruppen etter 8 uker.</p> <p>Smertebehandling avsluttes og etter 4 uker er adferdsproblemene på vei oppover igjen.</p> <p>Systematisk tilnærming til smerte reduserer agitasjon til demente pasienter som bor i sykehjem.</p>

Forfatter, tittel, år, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Sandra MG Zwakhalen, Charlotte Evan't Hof, Jan PH Hamers (2012).</p> <p>Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>(Nederland)</p>	Undersøke muligheten av vanlig smertevurdering og bruk av observasjonsskjema PASLAC-D til demente pasienter i sykehjem, for å bestemme tiltak ut ifra pasientens mulige smerte.	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>PASLAC-D skjema ble brukt for kartlegging av smerte.</p> <p>Intervju med seks sykehjems ansatte, hovedsak hjelpepleiere og en sykepleier</p>	<p>23 deltok i studien, sju menn og 15 kvinner som hadde alvorlig kognitiv svikt.</p>	<p>PACSLAC – D var lett og bruke.</p> <p>60 av 264 kartleggingsresultat hadde en smerte skår.</p> <p>Smertemestrings strategien som var utført av (syke)pleier etter smertemåling var begrenset.</p> <p>Personalets erfaring med PASLAC-D varierte fra negativ til nøytral.</p> <p>Vanskelig å tolke smertesignal.</p> <p>Bekymring for en forhøyet smerteskår.</p> <p>Lite bruk av smertestillende ved smerter.</p> <p>Hyppig bruk av beroligende medisiner.</p>

Forfatter, tittel, år, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Frank A. Cervo, Patricia Bruckenthal, Suzanne Fields, Lory E Bright, Long, John J. Chen, Guangxian Zhang, Ian Strongwater (2012).</p> <p>The Role in the CNA Pain Assessment Tool (CPAT) in the Pain Management of Nursing Home Residents with Dementia</p> <p>Geatrics Nursing</p> <p>(USA)</p>	<p>Bruk av CPAT for å se forbedring hos pasienten. I forhold til fall, uro og utagerende adferd etter bruk av analgetika.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Et ikke-randomisert før og etter tiltaks design ble brukt.</p>	<p>250 beboere med demens fra fire ulike sykehjem for langtidsboende</p>	<p>Bruk av antipsykotiske midler ble redusert i løpet av postintervensjonsperioden i studien.</p> <p>CPAT er et nyttig instrument for å evaluere effekten av smertestillende behandling hos demente.</p>

Forfatter, tittel år, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Toril Agnete Larsen, Liv-Berit Knudsen (2013).</p> <p>Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester</p> <p>Nordisk sygeplejerforskning</p> <p>(Norge)</p>	<p>Beskrive system av prosedyrer og rutiner for å avdekke smerter.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Deskriptiv tverrsnittstudie hvor kartlegging skjer ved hjelp av spørreskjema.</p>	<p>Virksomhetene studien bygger på har 780 pasienter/brukere (flestep kvinner) i en region i Norge.</p> <p>10 sykehjem deltar.</p>	<p>Smerte hos eldre pasienter blir avdekket.</p> <p>Det arbeides ikke systematisk med å avdekke smerte.</p> <p>Mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging.</p> <p>Ikke implementert i kvalitetsystemene.</p>

Forfatter, tittel, år, tidsskrift og land.	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Daniela Lillekroken, Åshild Slettebø (2013).</p> <p>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer</p> <p>Vård i Norden</p> <p>(Norge)</p>	<p>Utforske erfaringer sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos demente pasienter.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Intervju av sykepleiere.</p>	<p>Sykepleiere i alderen 24 – 61 år der arbeidserfaringen varierte fra 3 – 35 år. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning i eldre- eller demensomsorgen.</p>	<p>Faglig spennende å jobbe med pasienter som har demens.</p> <p>Utfordring når det gjelder smertekartlegging og smertelindring.</p> <p>Sykepleierne må ta hensyn til pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi.</p> <p>Benytter i liten grad smertekartleggingsverktøy.</p> <p>Etiske betraktninger ved behandlingen av smerter som pasienten har.</p>

Vedlegg 4 Mobid-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Auh»
Slopper
Ynker seg
Gispet
Skraker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Klymper 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

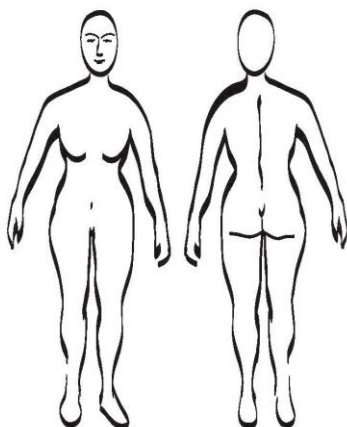
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

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

Vedlegg 5 Doloplus

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

DOLOPLUS SKALA NØKKEWORD

Klager

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

Smertelindrende stillinger

Uvanlig kroppstilling for å unngå eller lindre smerte.

Beskyttelse av smertefulle områder

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

Ansiktsuttrykk

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

Forespørsel/Kontakt/Undersøkelse

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

Stell/påkledning

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

Bevegelser

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

Kommunikasjon

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

Sosial aktivitet

Måltider, tilstelninger, aktiviteter, terapeutisk behandling og besøk.

Atferdsproblemer

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

DOLOPLUS SKALA: BRUKERVEILEDNING

1. Bruk forutsetter opplæring

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

2. Registrering i tverrfaglige grupper

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

3. Ikke kryss av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet

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

4. Rutiner

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

5. Ikke sammenlign resultatene til ulike pasienter

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

6. Ved tvil; ikke nøl med å sette i gang en testbehandling med smertestillende tiltak

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

7. Skalaen avdekker smerte; ikke depresjon, uselvstendighet eller kognitiv funksjon

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

8. Ikke bruk DOLOPLUS 2 - skalaen i alle tilfeller

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

Vedlegg 6 Paslac

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

Indicate with a checkmark, which of the items on the PACSLAC occurred during the period of interest. Scoring the sub-scales is derived by counting the checkmarks in each column. To generate a total pain sum all sub-scale totals.

Facial Expression	Present
Grimacing	
Sad look	
Tighter Face	
Dirty Look	
Change in Eyes (Squinting, dull, bright, increased eye movements)	
Frowning	
Pain Expression	
Grim Face	
Clenching Teeth	
Wincing	
Open Mouth	
Creasing Forehead	
Screwing Up Nose	

Activity/Body Movement	Present
Fidgeting	
Pulling Away	
Flinching	
Restless	
Pacing	
Wandering	
Trying to Leave	
Refusing to Move	
Thrashing	
Decreased Activity	
Refusing Medications	
Moving Slow	
Impulsive Behaviours (Repeat Movements)	
Uncooperative/Resistance to care	
Guarding Sore Area	
Touching/Holding Sore Area	
Limping	
Clenching Fist	
Going into Fetal Position	
Stiff/Rigid	

Social/Personality/Mood	Present
Physical Aggression (e.g. pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, striking, kicking).	
Verbal Aggression	
Not Wanting to be Touched	
Not Allowing People Near	
Angry/Mad	
Throwing Things	
Increased Confusion	
Anxious	
Upset	
Agitated	
Cranky/Irritable	
Frustrated	

Other (Physiological changes/Eating Sleeping Changes/Vocal Behaviors)	Present
Pale Face	
Flushed, Red Face	
Teary Eyed	
Sweating	
Shaking/Trembling	
Cold Clammy	
Changes in Sleep Routine (Please circle 1 or 2) 1) Decreased Sleep ----- 2) Increased Sleep During the Day	
Changes in Appetite (Please circle 1 or 2) 1) Decreased Appetite ----- 2) Increased Appetite	
Screaming/Yelling	
Calling Out (i.e. for help)	
Crying	
A Specific Sound of Vocalization For pain "ow," "ouch"	
Moaning and groaning	
Mumbling	
Grunting	
Total Checklist Score	

The PACSLAC may not be reproduced or translated without permission. For permission to reproduce the PACSLAC contact the copyright holders (Thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca).

THE DEVELOPERS OF THE PACSLAC SPECIFICALLY DISCLAIM ANY AND ALL LIABILITY ARISING DIRECTLY OR INDIRECTLY FOR USE OR APPLICATION OF THE PACSLAC. USE OF THE PACSLAC MAY NOT BE APPROPRIATE FOR SOME PATIENTS AND THE PACSLAC IS NOT A SUBSTITUTE FOR A THOROUGH ASSESSMENT OF THE PATIENT BY A QUALIFIED HEALTH PROFESSIONAL.

References

Fuchs-Lacelle, S. & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5(1), 37-49.



Disability Distress Assessment Tool
Dansk udgave, 2013

Personens navn:

Fødselsdag: Køn:
CPR nr.:

Dit navn:
Dato:
Navne på andre som hjalp med at udfylde dette skema:

UTILPASHEDS PROFIL
Opsummering af tegn og adfærd, når personen er veltilpas og utilpas

Udseende når VELTILPAS Ansigt Øjne Tunge/kæbe Hud	Udseende når UTILPAS Ansigt Øjne Tunge/kæbe Hud
Verbale udtryk når VELTILPAS Lyde Tale	Verbale udtryk når UTILPAS Lyde Tale
Vaner og særegne rutine når VELTILPAS Vaner Særegne rutiner Komfortabel afstand	Vaner og særegne rutiner når UTILPAS Vaner Særegne rutiner Komfortabel afstand
Kropsposition og observationer når VELTILPAS Kropsposition Observationer	Kropsposition og observationer når UTILPAS Kropsposition Observationer

Kendte udlødere af utilpashed (Skriv her enhver handling eller situation, der som regel skaber eller forværrer utilpashed)

Disability Distress Assessment Tool



Giv dig venligst tid til at tænke over og observere personen i din omsorg, specielt personens udseende og adfærd, når personen er veltilpas og når personen er utilpas. Brug disse sider til at dokumentere dette.

Vi har opstillet nogle ord i hver sektion for at hjælpe dig med at beskrive tegn og adfærd. Du kan sætte en cirkel omkring det ord eller de ord, der bedst beskriver tegnene og adfærden, når personen er veltilpas og når personen er utilpas.

Din beskrivelse vil give et tydeligere billede af personens udtryk af utilpashed.

Kommunikationsniveau *

Personen er ikke i stand til at vise, hvad han/hun kan lide eller ikke kan lide	Niveau 0
Personen er i stand til at vise, når der er noget han/hun kan lide eller ikke kan lide	Niveau 1
Personen er i stand til at vise, at han/hun vil have mere, eller har fået nok af noget	Niveau 2
Personen er i stand til at vise forventning til det, han/hun kan lide eller ikke lide	Niveau 3
Personen kan kommunikere detalje, kvalificere, specificere og/ eller indikere meninger	Niveau 4

* Dette er tilpasset fra "Kiddeminder Curriculum for Children and Adults with Profound Multiple Learning Difficulty" (Jones, 1994, National Portage Association)

ANSIGTSUDTRYK

Udseende

Information / instruktioner	Udseende når veltilpas	Udseende når utilpas
Markér ordene der bedst beskriver ansigtets udseende	Passiv Griner Smiler Rynker pande Grimasse Overrasket Bange Andet:	Passiv Griner Smiler Rynker pande Grimasse Overrasket Bange Andet:

Kæbe bevægelse

Information / instruktioner	Udseende når veltilpas	Udseende når utilpas
Markér ordene der bedst beskriver kæbe bevægelsen	Afslappet Savler Skærer tænder Bider Stiv Andet:	Afslappet Savler Skærer tænder Bider Stiv Andet:

Øjnenes udseende

Information / instruktioner	Udseende når veltilpas	Udseende når utilpas
Markér ordene der bedst beskriver udseendet	God øjenkontakt Begrænset øjenkontakt Lukkede øjne Undgår øjenkontakt Stirrer Søvnige øjne 'Smilende' Blinker Fraværende Tårer Udvidede pupiller Andet:	God øjenkontakt Begrænset øjenkontakt Lukkede øjne Undgår øjenkontakt Stirrer Søvnige øjne 'Smilende' Blinker Fraværende Tårer Udvidede pupiller Andet:

HUDEN UDSEENDE

Information / instruktioner	Udseende når veltilpas	Udseende når utilpas
Markér ordene der bedst beskriver udseendet	Normal Bleg Rødbluset Svedig Klam Andet:	Normal Bleg Rødbluset Svedig Klam Andet:

LYDLIGE UDTRYK (NB. Lydene som en person laver er ikke altid forbundet med deres følelser)

Information / instruktioner	Lyde når veltilpas	Lyde når utilpas
<p>Markér ordene der bedst beskriver lydende</p> <p>Skriv ord der almindeligvis bruges (Skriv dem som de lyder, 'tizz', 'eeiow', 'tetetetete'):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Styrke: høj medium lav</p> <p>Toneleje: høj medium lav</p> <p>Varighed: kort periodisk lang</p> <p>Beskrivelse af lyd / vokalisering</p> <p>Udbrud Jamrer Skriger Griner</p> <p>Sukker/stønner Råber Raller</p> <p>Andet:</p>	<p>Styrke: høj medium lav</p> <p>Toneleje: høj medium lav</p> <p>Varighed: kort periodisk lang</p> <p>Beskrivelse af lyd / vokalisering</p> <p>Udbrud Jamrer Skriger Griner</p> <p>Sukker/stønner Råber Raller</p> <p>Andet:</p>

TALE

Information / instruktioner	Ord når veltilpas	Ord når utilpas
<p>Skriv ord og sætninger personen almindeligvis bruger. Hvis ingen ord bruges, skriv da INGEN</p> <p>Markér ordene der bedst beskriver talen</p>	<p>Klar Stammer Sløret Uklar</p> <p>Mumler Hurtig Langsom</p> <p>Høj Blød Hvisken</p> <p>Andet, f.eks. banden</p>	<p>Klar Stammer Sløret Uklar</p> <p>Mumler Hurtig Langsom</p> <p>Høj Blød Hvisken</p> <p>Andet, f.eks. banden</p>

VANER OG SÆREGNE RUTINER

Information / instruktioner	Vaner og særegne rutiner når veltilpas	Vaner og særegne rutiner når utilpas
<p>Skriv vaner eller særegne rutiner ned, f.eks. "rokker når han sidder"</p> <p>Skriv nogen særlige trøste/tryghedsgivende ejendele eller legetøj som personen foretrækker</p> <p>Markér venligst de udsagn der bedst beskriver hvor tryk personen er ved at andre personer er fysisk tæt på</p>	<p>Tæt med fremmed person</p> <p>Tæt hvis kendt person</p> <p>Ingen må komme tæt på</p> <p>Trækker sig tilbage hvis rørt ved</p>	<p>Tæt med fremmed person</p> <p>Tæt hvis kendt person</p> <p>Ingen må komme tæt på</p> <p>Trækker sig tilbage hvis rørt ved</p>

KROPSPOSITION

Information / instruktioner	Kropsposition når veltilpas	Kropsposition når utilpas
<p>Markér ordene der bedst beskriver hvordan personen sidder og står</p>	<p>Normal Stift Slapt</p> <p>Rykvis Sammensunket Rastløst</p> <p>Anspændt I stand til at justere position</p> <p>Stille Læner sig til siden Svag hovedkontrol</p> <p>Gangstil: Normal / Unormal</p> <p>Andet:</p>	<p>Normal Stift Slapt</p> <p>Rykvis Sammensunket Rastløst</p> <p>Anspændt I stand til at justere position</p> <p>Stille Læner sig til siden Svag hovedkontrol</p> <p>Gangstil: Normal / Unormal</p> <p>Andet:</p>

KROPSOBSERVATIONER

Information / instruktioner	Observationer når veltilpas	Observationer når utilpas
<p>Bekriv pulsen, åndedræt, søvn, appetit and normale spisemønstre f.eks. spiser meget hurtigt, tager lang tid om at spise hovedretten, spiser dessert hurtigt, 'kræsen'.</p>	<p>Puls:</p> <p>Åndedræt:</p> <p>Søvn:</p> <p>Appetit:</p> <p>Spisemønstre:</p>	<p>Puls:</p> <p>Åndedræt:</p> <p>Søvn:</p> <p>Appetit:</p> <p>Spisemønstre:</p>

Information og instruktioner

DisDAT er

Beregnet til at hjælpe med at identificere tegn på utilpashed hos personer som har svært begrænsede kommunikationsevner.

Designet til at beskrive en persons sædvanlige tegn på tilpashed og således tegn på utilpashed kan identificeres mere præcist.

IKKE et scoringsredskab. Det dokumenterer hvad mange omsorgsgivere instinktivt har gjort i mange år, hvilket giver et udgangspunkt, hvortil selv minimale ændringer kan sammenlignes.

Kun det første skridt. Når utilpashed er blevet identificeret skal de sædvanlige kliniske beslutninger træffes af professionelle.

Beregnet til at hjælpe dig og personen under din omsorg. Det giver dig mere tiltro til de observationsevner du allerede har, hvilket vil give dig mere selvtilid, når du møder andre omsorgsgivere.

Hvornår skal man bruge DisDAT

Når teamet tror, at personen IKKE er utilpas

Brugen af DisDAT redskabet er valgfri, men det kan bruges til:

- et redskab til at vurdere udgangspunktet
- et redskab til overdragelse til andre teams

Når teamet tror, at personen ER utilpas

Hvis DisDAT allerede er blevet udfyldt kan redskabet bruges til at sammenligne de aktuelle tegn og adfærd med tidligere dokumenterede observationer. Redskabet bruges dermed som udgangspunkt til at observere forandringer.

Hvis DisDAT ikke er blevet udfyldt før:

- Når personen er velkendt, kan redskabet bruges til at dokumentere tidligere observeret adfærd og tegn på tilpashed og sammenligne disse med aktuelle observationer.
- Når personen er ukendt for en omsorgsgiver eller utilpasheden er ny, så kan DisDAT bruges til at dokumentere de aktuelle tegn og adfærd, der kan fungere som udgangspunkt til at registrere forandring.

Hvordan bruges DisDAT

- Observer personen** når han/hun er veltilpas og utilpas – dokumentér dette på de midterste sider. *Enhver* der drager omsorg for personen kan gøre dette.
- Observer konteksten** hvor utilpasheden opstår.
- Benyt 'klinisk tjekliste for utilpashed'** på denne side for at finde den mulige årsag.
- Behandl eller håndtér** den mest sandsynlige grund til utilpasheden.
- Registreringsarket** er et separat ark, som kan hjælpe dig hvis du vil se hvordan utilpasheden ændrer sig over tid.
- Målet er** en reduktion af hyppighed eller sværhedsgrad af adfærd og tegn der signalerer utilpashed.

Husk

- Man får mest information fra flere omsorgsgivere
- Vurderingsskemaet behøver ikke at blive udfyldt på én gang, det må gerne gøres over en periode.
- Revurdering er afgørende eftersom behovet kan ændre sig på grund af forbedringer eller forringelser.
- Utilpashed kan være emotionel, fysisk eller psykisk. Hvad der kan være en lille ting for en person, kan være stort for en anden.
- Hvis tegn bliver opdaget tidligt, kan passende tiltag sættes i gang for at undgå en krise.

Klinisk Tjekliste for Utilpashed

Brug denne for at få hjælp, til at finde årsagen til utilpasheden

Er det et nyt tegn eller en ny adfærd?

- Gentages hastigst?
Overvej: lundehindebetændelse (samtidigt som vejtrækning).
Overvej: kolik (kommer og går med få minutters mellemrum).
Overvej: gentagne bevægelser på grund af kedsomhed eller angst.
- Forbundet med vejtrækning?
Overvej: infektion, KOL, lundehindebetændelse, tumor.
- Forværres eller udspringer af bevægelser?
Overvej: bevægelses-relaterede smerter.
- Relateret til spising?
Overvej: nægter at indtage mad på grund af sygdom, frygt eller depression.
Overvej: Nægter at indtage mad på grund af synkeproblemer.
Overvej: øvre maveproblemer (mundhygiejne, mavesår, fordøjelsesbesvær) eller mave problemer.
- Relateret til en bestemt situation?
Overvej: skræmmende eller smertefulde situationer.
- Relateret til opkast?
Overvej: grunde til kvalme og opkast.
- Relateret til udskillelse (urin eller fæces)?
Overvej: urinvejsproblemer (infektion, tilbageholdelse)
Overvej: maveproblem (diarré, forstoppelse)
- Tilstede i en normal behagelig stilling eller situation?
Overvej: angst, depression, smerter ved hvile (f.eks. kolik, nervesmerter), infektion, kvalme.

Hvis du har behov for hjælp eller yderligere informationer, om DisDAT så kontakt:
Lynn Gibson (+44) 1670 394 260
Dorothy Matthews (+44) 1670 394 808
Dr. Claud Regnard (+44) 191 285 0063 eller
e-mail claudregnard@stoswaldsuk.org

For yderligere information se
www.disdat.co.uk

Dansk oversættelse:
Socialstyrelsen, VIHS 2013

Læs mere

Regnard C, Matthews D, Gibson L, Clarke C, Watson B. Difficulties in identifying distress and its causes in people with severe communication problems. *International Journal of Palliative Nursing*. 2003, 9(3): 173-6.

Regnard C, Reynolds J, Watson B, Matthews D, Gibson L, Clarke C. Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (DisDAT). *J Intellect Disability Res*. 2007; 51(4): 277-292.

**Utilpashed kan være skjult,
men er aldrig lydløst.**

Vedlegg 8 PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).

Behavior	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional labored breathing Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> Noisy labored breathing Long period of hyperventilation Cheyne-Stokes respirations 	
Negative vocalization	<ul style="list-style-type: none"> None 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional moan or groan Low-level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> Repeated troubled calling out Loud moaning or groaning Crying 	
Facial expression	<ul style="list-style-type: none"> Smiling or inexpressive 	<ul style="list-style-type: none"> Sad Frightened Frown 	<ul style="list-style-type: none"> Facial grimacing 	
Body language	<ul style="list-style-type: none"> Relaxed 	<ul style="list-style-type: none"> Tense Distressed pacing Fidgeting 	<ul style="list-style-type: none"> Rigid Fists clenched Knees pulled up Pulling or pushing away Striking out 	
Consolability	<ul style="list-style-type: none"> No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> Distracted or reassured by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> Unable to console, distract, or reassure 	
TOTAL SCORE				

(Warden et al., 2003)

Scoring:

The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.

Source:

Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.

PAINAD Item Definitions

(Warden et al., 2003)

Breathing

1. *Normal breathing* is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. *Occasional labored breathing* is characterized by episodic bursts of harsh, difficult, or wearing respirations.
3. *Short period of hyperventilation* is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. *Noisy labored breathing* is characterized by negative-sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. *Long period of hyperventilation* is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. *Cheyne-Stokes respirations* are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

Negative Vocalization

1. *None* is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. *Occasional moan or groan* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. *Low level speech with a negative or disapproving quality* is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic, or caustic tone.
4. *Repeated troubled calling out* is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. *Loud moaning or groaning* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. *Crying* is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

Facial Expression

1. *Smiling or inexpressive*. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes, and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. *Sad* is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. *Frightened* is characterized by a look of fear, alarm, or heightened anxiety. Eyes appear wide open.
4. *Frown* is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. *Facial grimacing* is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled, as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

Body Language

1. *Relaxed* is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.
2. *Tense* is characterized by a strained, apprehensive, or worried appearance. The jaw may be clenched. (Exclude any contractures.)
3. *Distressed pacing* is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. *Fidgeting* is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging, or rubbing body parts can also be observed.
5. *Rigid* is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (Exclude any contractures.)
6. *Fists clenched* is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. *Knees pulled up* is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (Exclude any contractures.)
8. *Pulling or pushing away* is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him- or herself free or shoving you away.
9. *Striking out* is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

Consolability

1. *No need to console* is characterized by a sense of well-being. The person appears content.
2. *Distracted or reassured by voice or touch* is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction, with no indication that the person is at all distressed.
3. *Unable to console, distract, or reassure* is characterized by the inability to soothe the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Instructions: For each of the behaviors below, check the rating that indicates the average frequency of occurrence over the last 2 weeks.

Behavior	Never 1	Less Than Once a Week 2	Once or Twice a Week 3	Several Times a Week 4	Once or Twice a Day 5	Several Times a Day 6	Several Times an Hour 7
1. Hitting (including self)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kicking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grabbing onto people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Throwing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Biting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Scratching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Spitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hurt self or others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tearing things or destroying property	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Making physical sexual advances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Paces, aimless wandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inappropriate dress or disrobing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trying to get to a different place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Intentional falling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eating/drinking inappropriate substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Handling things inappropriately	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hiding things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hoarding things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Performing repetitious mannerisms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. General restlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Screaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Making verbal sexual advances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cursing or verbal aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Repetitive sentences or questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Strange noises (weird laughter or crying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Complaining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Negativism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Constant unwarranted request for attention or help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name of Rater: _____

Name of Primary Caregiver/Informant: _____

Note: This is the nursing-home, long version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. For definitions of the behaviors, administration, scoring information, and other versions, please consult the manual.

Reprinted with permission from Jiska Cohen-Mansfield, PhD, Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.