

Dina Karlstrøm Bjørnstad

Smertekartlegging hos personer med langtkommen demens med Doloplus-2

Smertekartlegging og demens

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2021

Dina Karlstrøm Bjørnstad

Smertekartlegging hos personer med langtkommen demens med Dolopius-2

Smertekartlegging og demens

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Lisbeth Kvam
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	3
<i>Summary</i>	4
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema	5
1.2 Avgrensning og problemstilling	6
1.3 Hensikt	6
1.4 Vernepleierfaglig relevans	6
1.5 Begrepsavklaring og disposisjon	7
2. Teoretisk grunnlag	7
2.1 Hva er smerte?	7
2.2 Hva er demens?	8
2.3 Smerte blant personer med langtkommen demens	8
2.3.1 Tjenesteyters ansvar for å avdekke og lindre smerte hos demente	9
2.4 Verktøy for smertekartlegging	10
2.4.1 Selvrapporing	10
2.4.2 Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy	11
2.4.3 Smerteindikatorer hos demente	12
2.4.4 Observasjonsbasert smertekartlegging og validitet	12
3. Metode	13
3.1 Forforståelse	13
3.2 Metodevalg	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Søkeprosess	15
3.5 Analyse	16
3.6 Aveyards tematiske analysemodell	22
3.7 Tematabell	22
4. Resultat	23
4.1 Presentasjon av hovedfunn	23
4.1.1 Artikkel 1	23
4.1.2 Artikkel 2	23
4.1.3 Artikkel 3	24

4.1.4 Artikkel 4	25
4.1.5 Artikkel 5	25
5. Drøfting/diskusjon	26
<i>5.1 Resultatdiskusjon</i>	26
5.1.1 Sammenligning for å undersøke validitet	26
5.1.2 Nytteverdi, fordeler eller styrker	28
5.1.3 Ulemper eller utfordringer	28
<i>5.2 Metodediskusjon</i>	31
6. Avslutning.....	32
7. Litteraturliste (APA 6th)	34
8. Vedlegg:	38
<i>8.1 Vedlegg 1:</i>	38

Sammendrag

Tittel: Smertekartlegging ved langtkommen demens i sykehjem med Doloplus-2.

Introduksjon: 100 000 personer lever med demens i Norge i dag, og antallet er forventet å øke.

Smerte er et underbehandlet problem for eldre personer med demens, noe som tyder på mangelfull identifisering av smerte. Personer med langtkommen demens som har mistet kommunikasjonsevne på grunn av svekkelse i språkferdigheter er særlig utsatte. Disse personene er avhengige av andre for diagnostisering og behandling av smerte. For å identifisere smerte hos personer som ikke kan uttrykke seg verbalt er observasjonsbaserte kartleggingsverktøy anbefalt. Doloplus-2 er en observasjonsbasert smerteskala som er utviklet til dette formålet. Det forekommer ulike meninger om verktøyets validitet, og om en kan stole på vurderingene og resultatene fra dette.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å vise en oversikt over hvilken nytteverdi den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 har ved smertekartlegging av personer med langtkommen demens i sykehjem, samt å vise utfordringer ved metoden. I tillegg skal oppgaven vise en oversikt over resultatene fra undersøkelser av verktøyets validitet.

Metode: Oppgaven bruker metoden litteraturstudie med litteratursøk og analyse av fem ulike forskningsartikler for å belyse oppgavens tema.

Resultat og konklusjon: Det forekommer ulike resultater i studiene på flere punkter. To studier viser resultater med godt samsvar fra sammenligning av Doloplus-2 og andre kartleggingsverktøy og støtter validiteten til Doloplus-2. Fordeler med Doloplus-2 smerteskala er at den har et standardisert format, er brukervennlig, inneholder viktige smerteindikatorer, og ikke minst at den viser seg nyttig når det kommer til å avdekke smerte hos personer med langtkommen demens. Tre studier uttrykker usikkerhet rundt validiteten til Doloplus-2. Usikkerheten begrunnes i manglende samsvar med andre kartleggingsverktøy og selvrapportering. Utfordringer som nevnes med Doloplus-2 er bruken av det psykososiale elementet, utfordringer knyttet til atferd som smerteindikatorer og at verktøyet krever god kjennskap til pasientene og til administrasjon av verktøyet.

Nøkkelord: Demens, Doloplus-2, langtkommen demens, alvorlig kognitiv svikt, smerte, smertekartlegging, sykehjem, observasjonsbasert smertekartlegging.

Antall ord: 7620

Summary

Title: Pain assessment for severe dementia in nursing homes with Doloplus-2.

Introduction: 100,000 people live with dementia in Norway today, and the number is expected to increase. Pain is often an untreated problem for older people with dementia, suggesting a lack of identification of pain. People with advanced dementia are particularly vulnerable due to impairment in language skills. These people depend on others to diagnose and treat their pain. To identify pain in people who lack the ability to verbally express themselves, observation-based assessment tools are recommended. Doloplus-2 is an observation-based pain scale developed for this purpose. There are different opinions about the tool's validity, and whether one can trust the assessments and the results from this scale.

Purpose: The purpose of the thesis is to show an overview of the benefits and challenges of the observation-based pain scale Doloplus-2 in pain assessment of dementia patients in nursing homes. In addition, the thesis shows an overview of the results from surveys of the tool's validity.

Method: The thesis uses the method literature study with literature search and analysis of five different research articles to shed light on the topic of the thesis.

Results and conclusion: The studies show different results on several points. Two studies show results with good agreement from comparison of Doloplus-2 and other mapping tools and support the validity of Doloplus-2. Advantages of the Doloplus-2 pain scale are that it has a standardized format, is user-friendly, contains important pain indicators, and that it proves useful to detect pain in patients with severe dementia. Three studies express uncertainty about the validity of Doloplus-2. The uncertainty is justified by non-compliance with other mapping tools and self-reporting. Challenges mentioned with Doloplus-2 are the psychosocial element, changed behavior as pain indicators and that the tool requires a certain knowledge of the patients and the administration of the tool.

Keywords: Dementia, Doloplus-2, advanced dementia, severe cognitive impairment, pain, pain assessment, nursing homes, observation-based pain assessment.

Number of words: 7620

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema

Med en aldrende befolkning er det antatt at opp mot 100 000 personer lider av demens i Norge i dag (Sandvik, 2020). Etterhvert som sykdommen utvikler seg, mister personer med demens evnen til å ta vare på seg selv (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Dette er den viktigste årsaken til at mange eldre må legges inn på sykehjem. Forekomsten av demens øker ved økende alder. Ved høy alder er også sjansen for andre sykdommer større, deriblant smertefulle sykdommer. Sandvik (2020) viser til studier som forteller at opptil 80 prosent av eldre i sykehjem har smerter. Personer med kognitiv svikt kan som følge av demens ha vansker med å fortelle om disse smertene, og er avhengige av andre for å avdekke dem.

De siste fem årene har jeg jobbet i to ulike institusjoner med demente pasienter, både ved langtidsavdelinger og skjermede avdelinger. Der har jeg møtt personer i ulike stadier av demenssykdommen. Å miste evnen til å mestre daglige gjøremål, som å kle på seg og spise selv er nok vanskelig for de fleste, men enda vanskeligere er det kanskje å miste evnen til å uttrykke hva du tenker, ønsker og føler. De fleste demente dør ikke av selve demenssykdommen, men av sykdommer som KOLS, hjertesvikt, nyresvikt og kreft. Noen dør som følge av infeksjoner, fall eller svelgevansker som komplikasjoner ved demens. Disse tilstandene kan alle være smertefulle (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62).

Kan du tenke deg at du kjenner at noe er galt med kroppen din, men at du ikke klarer å si ifra? At du har store smerter, men mangler ord til å fortelle om dem? Da er det viktig at tjenesteyterne rundt deg har kunnskap og kompetanse i å avdekke smerte hos personer som ikke greier å fortelle om dette selv. Og ikke minst at de er bevisst sitt ansvar for å gjøre dette. Min erfaring fra arbeid i institusjoner er at det er for lite fokus på smertekartlegging blant personer med demens. I tillegg viser forskning at personer med demens ofte er underbehandlet for smerte, og at en mulig årsak kan være mangelfull kartlegging (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Denne kunnskapen og disse erfaringene er bakgrunnen for det overordnede temaet som er valgt for denne oppgaven: smertekartlegging ved demens.

1.2 Avgrensning og problemstilling

På grunn av store ulikheter i fremgangsmåter for å avdekke smerte blant personer med tidlig demens, moderat demens og langtkommen demens, var det behov for å avgrense oppgaven slik at den ikke skulle bli for vid. Jeg har valgt å fokusere på personer med langtkommen demens, på grunn av denne gruppens bistandsbehov når det kommer til å uttrykke seg om blant annet smerte. På grunn av oppgavens begrensninger i tid og omfang har jeg valgt å avgrense oppgaven ytterligere til et spesifikt kartleggingsverktøy. Personer med langtkommen demens har alvorlig kognitiv svikt, noe som innebærer svekket kommunikasjonsevne gjennom språk. Dette forutsetter bruk av observasjonsbaserte verktøy for å kartlegge smerte. I sykehjem anvendes blant annet den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 (Rustøen & Wahl, 2008, s. 188).

På bakgrunn av dette avgrenses problemstillingen til å undersøke validiteten til det observasjonsbaserte kartleggingsverktøyet Doloplus-2. Dette innebærer å belyse utfordringer og fordeler med verktøyet. Derav er problemstillingen for denne oppgaven følgende:

Hvilken validitet har den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 i smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens i sykehjem, og hva er fordeler og ulemper med metoden?

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å vise en oversikt over fordeler og utfordringer med den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 ved smertekartlegging av personer med langtkommen demens i sykehjem. I tillegg skal oppgaven vise en oversikt over resultatene fra undersøkelser av verktøyets validitet.

1.4 Vernepleierfaglig relevans

Temaet smertekartlegging ved demens er vernepleierfaglig relevant, da både demens og smerte er nært knyttet til helsefagene i utdanningen. Vernepleiere er en viktig del av eldreomsorgen i Norge, og kan etter opplæring utføre og ivareta samme pleieoppgaver som sykepleiere i sykehjem (Leonardsen, 2020). I likhet med

sykepleiere er vernepleiere i følge FO (2017) autorisert helsepersonell med ansvar for legemiddelhåndtering, kartlegginger og pleieprosedyrer (FO, u.å). På bakgrunn av dette tar oppgaven utgangspunkt i at sykepleiere og vernepleiere har samme mandat når det kommer til arbeid med smertekartlegging blant eldre personer med demens i sykehjem. Sykepleieren i arbeid med smertekartlegging ses med andre ord som overførbar til vernepleieren. Oppgaven er skrevet fra et vernepleierfaglig perspektiv, og ordet “nurse” i engelskspråklige artikler blir derfor oversatt til “pleier” og “autorisert helsepersonell” som fellesbetengelser for de to profesjonene.

1.5 Begrepsavklaring og disposisjon

Observasjonsbasert smertekartlegging, langtkommen demens og Doloplus-2 er viktige deler av oppgavens problemstilling. Disse begrepene blir forklart i teorien i kapittel 2. Det teoretiske grunnlaget i kapittel 2 blir etterfulgt av en beskrivelse av metode som presenteres i kapittel 3, i tillegg til analysen av utvalgte artikler.

Resultatene fra denne analysen sammenfattes i kapittel 4 og diskuteres opp mot teorigrunnlaget i kapittel 5. Her vil også styrker og svakheter ved gjennomføring av metoden diskuteres. Kapittel 6 består av en oppsummering og konklusjon i lys av oppgavens problemstilling og hensikt.

2. Teoretisk grunnlag

2.1 Hva er smerte?

Smerte er et utbredt problem hos mange eldre mennesker (Rustøen & Wahl, 2008, s. 184). Men hva er egentlig smerte? Den kliniske definisjonen av smerte er “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med begreper fra en slik skade” (Fors, 2012, s. 63). Rustøen og Wahl understreker at smerteopplevelsen er subjektiv, da det kun er personen selv som kan avgjøre om han eller hun opplever smerte, og hvordan smerten føles (2008, s. 27). Smerte kan deles inn i ulike dimensjoner som intensitet, lokalisasjon, varighet, påvirkning av pasientens funksjon og hvilken type smerte det er. Smerte er en ubehagelig følelse, og kan redusere livskvaliteten og gi plager og tilleggssymptomer dersom den blir varig (Fors, 2012, s. 83-84). Personer som går med kronisk smerte over lengre tid risikerer negative konsekvenser som depresjon,

isolasjon, inaktivitet og funksjonssvikt. Akutt smerte har derimot en hensikt, nemlig å beskytte kroppen mot skade (Rustøen & Wahl, 2008, s. 27).

2.2 Hva er demens?

I Norge brukes ICD-10 for å definere diagnosen demens. ICD-10 beskriver demens som “et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er av kronisk eller progressiv karakter, kjennetegnet ved svikt i en rekke høyere kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon” (Engedal & Haugen, 2018, s. 18).

Det er antatt at opptil 100 000 personer har demens i Norge, og 80 prosent av pasienter på sykehjem har demens (Rostad, Grov, Utne & Halvorsrud, 2019). Sykdommen deles inn i mild, moderat og alvorlig demens. Personer med mild demens har blant annet vansker med å huske ord, holde flyt i samtaler, huske avtaler, følge klokke og kalender. Ved moderat demens får personen ytterligere svekket hukommelse, redusert kommunikasjonsevne og vansker med å forstå og tolke omgivelsene sine. Denne funksjonssvikten fører ofte til depresjon, angst og fortvilelse. Når sykdommen har utviklet seg til alvorlig demens husker personen kun små deler, eller enkelte bruddstykker fra livet sitt. Ved alvorlig demens klarer ikke personen å orientere situasjon, tid og sted. Kommunikasjonsevnen er også betydelig svekket, og personen kan ha vansker med å forstå hva andre sier, og til å tolke inntrykk (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Angst og katastrofereaksjoner er vanlige reaksjoner når omgivelsene er kaotiske og uforståelige, noe de kan være for personer med moderat og alvorlig demens. Denne uforståeligheten forverres av manglende evne til å uttrykke seg om fortvilelsen til andre (Ingebretsen, 2005, s. 29).

2.3 Smerte blant personer med langtkommen demens

Opptil 80 prosent av personer med demens i norske sykehjem opplever smerte (Rostad et al., 2019). På grunn av svekket evne til å uttrykke hva de føler står personer med langtkommen demens i fare for å bli gående med uoppdagede smerter. Derfor er det viktig å ha kunnskap om personens medisinske diagnoser, og

å gå ut fra at personen har smerter dersom han eller hun har en diagnose der smerte er et vanlig symptom (Rustøen & Wahl, 2008, s. 194). Pasienter med demens får mindre smertestillende midler enn pasienter med normal kognisjon, og hovedgrunnen til utilfredsstillende smertebehandling blant personer med demens er utilstrekkelig smertekartlegging (Rustøen & Wahl, 2008, s. 185).

Hos personer med langtkommen demens er det verbale språket og forståelsen av språk ofte så svekket at det blir vanskelig å vurdere og behandle smerte ut fra verbal kommunikasjon med pasienten (Rostad et al., 2019). Det kan være vanskelig eller umulig for pasienten å sette ord på smertefulle stimuli, samt å vurdere type og grad av smerte (Rustøen & Wahl, 2008, s. 185). I tillegg til verbalt språk er hukommelse en viktig forutsetning for å dele informasjon, noe som igjen gjør det vanskelig for personer med langtkommen demens å formidle sine behov og følelser (Ingebretsen, 2005, s. 12). Det er også mulig at personer med demens har en annerledes smerteopplevelse enn personer uten kognitiv svikt, på grunn av svekket evne til å tolke sanseinntrykk (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Alle disse utfordringene denne gruppen opplever understreker behovet for hjelp fra andre til å få sin smerte identifisert og lindret. Her kommer ansvaret til vernepleieren og øvrig helsepersonell inn (Ingebretsen, 2005, s. 29).

2.3.1 Tjenesteyters ansvar for å avdekke og lindre smerte hos demente

I Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet stilles det krav til at helsepersonell skal utøve omsorgsfull hjelp i sin yrkesutøvelse: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig." (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Omsorgsfull hjelp innebærer i denne sammenheng å sikre at personer med demens ikke lider på grunn av smerter som kunne vært identifisert og behandlet (Brask, Østby, & Ødegård, 2016, s. 30). Det er anbefalt at alle pasienter blir kartlagt for smerter rutinemessig (Rustøen & Wahl, 2008, s. 52).

Vernepleierens nærhet til pasienten understreker dens ansvar for smertelindring, som innebærer å identifisere smerten, sette i gang behandling og vurdere behandlingens effekt (Aambø, 2007, s. 128). En del av vernepleierens kvalifikasjoner er kompetanse i observasjon, registrering og annen kartlegging. Dette forutsetter at

vernepleieren også har kompetanse på kommunikasjon med pasienter som mangler verbalt språk (Brask et al., 2016, s. 24). Likevel viser forskning at rutiner for kartlegging, behandling og diagnostisering av smerte blant demente er mangelfulle (Rostad, Utne, Grov, Småstuen, Puts & Halvorsrud, 2018). En studie gjort av Larsen og Knudsen underbygger dette ved å vise til at seks av ti norske sykehjem mangler rutiner for oppfølging av smerter, og bare halvparten kartlegger pasienter for smerte ved innkomst (Larsen & Knudsen, 2013).

Helsetjenesten kan sikre bedre forutsetninger for god smertekartlegging ved å sørge for et kontinuerlig forhold mellom pasienten og pleieren. Dette gjøres ofte ved at pasienten får tildelt en primærkontakt ved sykehjemmet han eller hun bor på. Å sikre at en pleier har ekstra god kjennskap til pasienten bidrar til at pleieren kan tilegne seg kunnskap om pasientens vanlige atferdsmønster og behov. Dette er viktig fordi alles smerteuttrykk og vanlige atferd er individuelle (Rustøen & Wahl, 2008, s. 194).

Forskning viser at ved smertekartlegging av pasienter med demens, blir ofte pasientens smerte undervurdert på grunn av at helsepersonell mangler kunnskap om smertekartlegging blant denne gruppen (Aambø, 2007, s. 128). Dersom pasientens språk og evne til å formidle smerte via språk ikke er intakt, har vernepleieren et ansvar for å kartlegge smerte ved anvendelse av validerte og standardiserte verktøy (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 110).

2.4 Verktøy for smertekartlegging

En systematisk bruk av verktøy for smertekartlegging bidrar til identifisering av smerte og legger til rette for god kommunikasjon om smertelindring mellom autorisert helsepersonell og lege (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62-64). Verktøy for smertekartlegging er viktig både for å avdekke smerte og for å kunne evaluere smertebehandling (Aambø, 2007, s. 142). Det finnes ulike verktøy for smertekartlegging som passer ulike behov og forutsetninger hos pasienten. Her kommer en kort presentasjon av verktøy som er relevante for denne oppgaven.

2.4.1 Selvrapporing

Smerte er subjektivt, og forskning viser at helsepersonells observasjon og pasientens opplevelse av smerte ikke alltid samsvarer. Dette understreker at

hovedregelen for smertekartlegging bør være selvrapporing der pasienten er i stand til det (Rustøen & Wahl, 2008, s. 53-54). Numerisk rangeringsskala (NRS) og visuell analog skala (VAS) er eksempler på kartleggingsverktøy som baseres på selvrapporing. NRS anvendes ved at pasienten vurderer egen smerteintensitet fra 0 til 10. Det er god dokumentasjon på at NRS er valid for kartlegging av smerteintensitet, og at den kan benyttes hos personer med mild til moderat kognitiv svikt. VAS betegnes som en gullstandard for å kartlegge smerteintensitet. Også her skal pasienten vurdere sin egen smerteintensitet fra 0 til 10. VAS ligner altså NRS, men bruker visuelle forsterkninger som fargeskala fra grønn til rød, og ansiktsuttrykk fra smil til gråt som en del av skalaen. VAS kan anvendes for å måle både akutte og kroniske smerter (Rustøen & Wahl, 2008, s. 55-56). Felles for VAS og NRS er at de forutsetter relativt god kognitiv funksjon hos pasienten (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). I tillegg er disse endimensjonale smertekartleggingsverktøy som fokuserer på smertens intensitet (Rustøen & Wahl, 2008, s. 54).

2.4.2 Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy

For personer med langtkommen demens anbefales observasjonsbaserte kartleggingsverktøy på grunn av begrensninger i verbale evner (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). Disse er utarbeidet på bakgrunn av helsepersonells ansvar for å tolke atferd som kommunikasjon hos personer som ikke klarer å uttrykke seg verbalt. Observasjonsbasert kartlegging handler både om å avdekke smerte og om å forsøke å forstå atferden til pasienten (Ingebretsen, 2005, s. 29).

UAB og Doloplus-2 er observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som kartlegger smerte basert på observasjon av atferd. UAB baseres på observasjon av 10 atferdselementer, der hvert element skåres på en 3-punkts skala. Totalskåren på 10 poeng betyr maksimal smerteassosiert atferd, og 0 poeng betyr ingen smerteatferd (Richards, Nepomuceno, Riles & Suer, 1982). Doloplus-2 smerteskala (Vedlegg 1) ble utviklet for å vurdere kroniske smerter blant personer med demens.

Undersøkelser har vist at verktøyet er nyttig i klinisk praksis, og gir gode resultater når det kommer til validitet (Rustøen & Wahl, 2008, s. 192). Verktøyet er likevel ikke validert, men baseres så langt på utviklernes kliniske erfaring (Rostad et al., 2019). Verktøyet er delt inn i somatiske, psykomotoriske og psykososiale elementer. Hvert element inneholder atferd som kan indikere smerte, og skalaen består av til sammen

ti punkter (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). Atferd som er inkludert i verktøyet er det somatiske elementet som innebærer ansiktsuttrykk, såre områder, søvn og beskyttelse av kroppen. I det psykososiale elementet ser observatøren på sosialt liv og kommunikasjon, og i det psykomotoriske elementet er nedsatt funksjon i forflytning og ved stell i fokus (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). På hver atferd kan pasienten få 0 til 3 poeng. Totalskåren kan variere mellom 0 og 30, der en skår over 5 forteller at pasienten kan oppleve smerte (Sogne-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge & Kaasa, 2005).

2.4.3 Smerteindikatorer hos demente

Smerte kan uttrykkes via verbalspråk, kroppsspråk og gestikulasjoner eller med ansiktsuttrykk (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 81). Personer med langtkommen demens kan ofte ikke uttrykke sin smerte verbalt. Da kan smerte vise seg som atferdsendringer (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Slike atferdsendringer er individuelle og kan variere fra person til person. Personlighetsforandringer kan også være en del av demenssykdom, noe som kan gjøre det vanskelig å skille om atferden skyldes smerte eller demens i seg selv. I tillegg er det viktig å huske at en person kan oppleve smerte selv om en ikke kan observere atferdsbaserte smerteindikatorer hos personen (Rustøen & Wahl, 2008, s. 188).

Det er mange typer atferd som kan tolkes som smerte hos personer med kognitiv svikt. Noen av disse er: trist eller skremt ansiktsuttrykk, rynket panne, utrop, banning, urolig pust, vandring, endret ganglag, vugging, agitasjon, endring i søvnmønster eller matlyst, voldelig atferd, økt forvirring, tilbaketrekning, gråt og irritabilitet. I tillegg kan det å motsette seg pleie også være et tegn på smerte (Sogne-Møller et al., 2005). Flere av disse smerteindikatorerne kan være utydelige eller skjulte, noe som forutsetter at observatøren har god kunnskap om personens vanlige atferdsmønster for å kunne observere og fange opp eventuelle endringer (Rustøen & Wahl, 2008, s. 190).

2.4.4 Observasjonsbasert smertekartlegging og validitet

Flere studier tyder på at det ikke alltid er samsvar mellom helsepersonells vurdering basert på observasjoner og pasientens smerte (Rustøen & Wahl, 2008, s. 53). Dette gjelder særlig smerteintensitet. Observasjonsbaserte verktøy kan være nyttige og

pålitelige for å avdekke om smerte er til stede, men ikke nødvendigvis hvor intens den er. For pasienter uten evne til selvrapporing er det derfor vanskelig å kartlegge smerteintensitet. På grunn av at observasjonsbaserte verktøy avdekker om smerte er tilstede eller ikke uten å si noe om smerteintensitet, kan ikke disse sammenlignes med intensitetsverktøy (Rustøen & Wahl, 2008, s. 193).

Det er viktig å være bevisst svakhetene ved smertekartleggingsverktøyene som baserer seg på observasjon. Å observere atferd som smerteindikator for å kartlegge smerte kan være vanskelig, da ulike personer uttrykker smerte ulikt. Dersom verktøyet inneholder veldig mange atferdsuttrykk kan pasienten risikere å bli vurdert til å ha smerte selv om han eller hun er smertefri. På samme måte kan det være en fare for å ikke avdekke smerte dersom for få atferdsuttrykk er inkludert i kartleggingen (Rustøen & Wahl, 2008, s. 193).

3. Metode

3.1 Forforståelse

Det kan være lett at min forforståelse påvirker hva jeg ser etter i arbeidet med litteraturen i litteraturstudien, og det er derfor viktig å være den bevisst (Dalland, 2017, s. 58). Over de fem siste årene har jeg jobbet i institusjoner for eldre pasienter med demens i to ulike kommuner. Der har jeg fått erfaringer med pasienter med smertefulle sykdommer, smertebehandling og ulike stadier av demenssykdom. Dermed har jeg dannet meg en forforståelse for denne oppgavens tema, som er smertekartlegging og demens. Jeg har sett demente pasienter som ikke lenger klarer å uttrykke sine tanker, ønsker og følelser, og jeg har opplevd å kjenne usikkerhet på om ulik atferd hos pasienter kan ha vært tegn på smerte. Min forforståelse sier at det er for lite fokus på dette temaet i sykehjem, og at pasienter med langtkommen demens derfor risikerer å gå med uidentifiserte og ubehandlede smerter.

3.2 Metodevalg

For denne oppgaven har NTNU valgt metoden litteraturstudie over selvvalgt tema og problemstilling. En litteraturstudie er en metode der litteratur og forskning hentes inn gjennom søk i databaser. Etter litteratursøket systematiseres kunnskapen fra kildene ved å gå kritisk gjennom dem og sammenfatte dem. Hensikten med dette arbeidet er

å oppdatere og bedre kunnskapsforståelsen på temaet problemstillingen handler om, samt å vise hvordan kunnskapen er innhentet (Thidemann, 2019, s. 77-78). Med andre ord gir ikke en litteraturstudie ny kunnskap, men den systematiserer den kunnskapen og forskningen andre har kommet frem til på området tidligere. Å klargjøre hva man vet og hva man ikke vet kan gi leseren bedre oversikt og vise vei til videre forskning (Thidemann, 2019, s. 79).

I følge Helen Aveyard er litteraturstudier viktig for alle som jobber innen helse- og sosialfag, da de har en profesjonell plikt til å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen sitt fagfelt. På grunn av mengden kunnskap som er tilgjengelig i dag hadde ikke dette vært mulig å oppnå hvis ingen hadde sammenfattet og systematisert det som finnes og skapt en oversikt (Aveyard, 2014, s. 4).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før litteratursøket startet ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å gjøre utvelgelsen av 5 forskningsartikler mer systematisk, og for å sikre at disse passer oppgavens hensikt (Aveyard, 2014, s. 11). Denne oppgavens hensikt er å undersøke validiteten til den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 i smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens i sykehjem, samt hva fordelene og ulempene med metoden er. Med bakgrunn i dette ble kun studier som omhandlet smertekartlegging med verktøyet Doloplus-2 inkludert. Samtidig ble studier av andre verktøy for smertekartlegging ekskludert.

Denne oppgaven er avgrenset til pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Derfor er artikler som utelukkende omhandler smertekartlegging av personer uten kognitiv svekkelse ekskludert. Enkelte studier der personer med alvorlig kognitiv svekkelse var en del av et blandet utvalg ble inkludert. I tillegg ble kvalitetssikring gjort ved å inkludere utelukkende fagfelleverderte artikler. Det ble først gjennomført søk etter artikler fra de 10 siste årene for å sikre at studiene inneholdt relativt oppdatert forskning. Da det ble funnet få artikler som passet oppgaven ble det nødvendig å utvidet søket til artikler fra de 15 siste årene.

3.4 Søkeprosess

Arbeidet med litteraturstudien startet ved å gjennomføre noen innledende litteratursøk i databasene Oria og Google Scholar. Dette var vide søk med søkeordene “smerte”, “demens”, “pain” og “dementia”. Søkene ble gjort for å danne en oversikt over hvor mye litteratur som er tilgjengelig om temaet (Thidemann, 2019, s. 81). I denne fasen ble flere studentoppgaver og review-artikler om temaet skimlest, og noen av referanselistene ble gjennomgått for å se etter inspirasjon til eventuelle søkeord. Her noterte jeg meg søkeord som: identifisere smerte, avdekke smerte, severe dementia, pain behaviour, observation-based pain assessment, smertekartleggingsverktøy, observasjonsbasert smertekartlegging, smerteindikator, systemer for smertekartlegging og smertekompetanse for å nevne noen.

Før gjennomføringen av det systematiske søket ble PICO-skjemaet tatt i bruk for å hjelpe med å avgrense søk ved å sette problemstillingens hoveddeler i system (Thidemann, 2019 s. 82-84). Denne oppgavens PICO vises i tabellen under.

Patient (hvem)	Intervention (hva)	Comparison (alternativer)	Outcomes (resultater)
Pasienter med langtkommen demens i sykehjem	Observasjonsbasert smertekartlegging med Doloplus-2	Sammenligning med andre verktøy og/eller klinisk vurdering	Validering av Doloplus-2 og fordeler/ulempes

(Thidemann, 2019, s. 84)

Søkedatabaser som ble anvendt i det systematiske søket var Google scholar, Idunn, Oria, PubMed, SCOPUS og SveMed+. Søkeordene som ble brukt var kognitiv svikt, demens, langtkommen demens, alvorlig kognitiv svikt, sykehjem, smerte, smertekartlegging, smertebehandling, observasjonsbasert smertekartlegging, kartleggingsverktøy, demente, forskning, pain assessment tools, dementia, doloplus-2, observational pain assessment scale, observational assessment, pain assessment og nursing home.

Litteratursøket startet først med norske søkeord, men på grunn av få funn ble det etterhvert benyttet engelske søkeord. Søkeordene ble under søkeprosessen brukt i ulike variasjoner, i ulike databaser og i ulike kombinasjoner med hverandre før de utvalgte forskningsartiklene ble funnet. Søkatabellen som viser oversikten over

søkene som ledet frem til funn for denne oppgaven ligger vedlagt i løpende tekst for bedre oversikt. Den viser hvilke databaser og søkeord utvalgt litteratur er hentet fra:

Søke-dato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
5/5-21	27	Norwegian pain assessment dementia	Oria, Fagfellevurdert tidsskrift, Artikler	1577	7	4	1 (Artikkel 2)
20/5-21	37	Doloplus 2 norway	Oria, Fagfellevurdert tidsskrift	18	4	3	2 (Artikkel 1 og 5)
20/5-21	42	Doloplus-2 observational pain assessment scale	PubMed	14	5	4	1 (Artikkel 4)
21/5-21	45	Doloplus-2	SveMed+	1	1	1	1 (Artikkel 3)

(Thidemann, 2019, s. 89).

3.5 Analyse

Analysearbeidet startet ved første gjennomlesing av artiklene. Da ble de sett opp mot IMRaD-strukturen, dette som en forsikring om at artiklene var forskningsartikler. Ved å få oversikt over hensikt, metode, resultat og diskusjon i hver artikkel fra start ble også arbeidet med å bekrefte eller avkrefte artiklenes relevans til oppgaven mer effektivt (Thidemann, 2019, s. 30). For eksempel ble artikler med studier som utelukkende omhandlet smertekartlegging med selvrapporing av personer med lett grad av demens ekskludert i denne fasen. Artiklene som ble vurdert som relevante for oppgaven ble deretter grundigere lest, og vurdert mer detaljert opp mot problemstillingen. For eksempel var det i denne fasen at en avgjørelse ble tatt om å inkludere studier der utvalget var en blanding av ulike grader demens. I tillegg ble relevansen til artikler der studier var gjennomført i andre institusjoner enn sykehjem vurdert her. De fem artiklene som ble utvalgt ble systematisk gjennomgått og oppført i litteraturmatriser (Thidemann, 2019, s. 95). Matrisene ble gode hjelpemidler i den systematiske gjennomgangen av hver enkelt artikkel, og skaper en oversikt med mulighet for sammenstilling av innholdet i artiklene. Litteraturmatrisene ligger vedlagt i løpende tekst for bedre oversikt.

Artikkel 1

<p>Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Fayers, P. & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - An evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. <i>BMC geriatrics</i>, 10 (9), 9-9. https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9</p>	
Hensikt med studien	<p>Hensikten med studien er å undersøke anvendelsen av Doloplus-2 og dens ulike deler, samt å evaluere verktøyets pålitelighet og gyldighet ved å sammenligne smerte estimert av sykepleiere (som er autorisert helsepersonell i studien) med resultater fra kartlegging med Doloplus-2. I tillegg undersøker studien om det er mulig å forkorte Doloplus-2 ved å ta bort enkelte elementer.</p>
Metode	<p>Metoden som benyttes i studien er kvantitativ (eksperiment). Eksperimentet er en tverrsnittstudie der Doloplus-2 anvendes til å observere smerteatferd blant pasienter ute av stand til å selvrappotere smerte. Autorisert helsepersonell i studien er pasientens primærkontakt, og denne vurderer på forhånd om de ut fra faglig skjønn tror at pasientene har smerter og registrerer svarene "ja", "nei" eller "vet ikke" på hver pasient. Deretter kartlegges pasientene ved hjelp av Doloplus-2. Pasientenes demografiske data, diagnoser og foreskrevet smertebehandling ble samlet inn på forhånd. ADL-funksjoner ble kartlagt og MMSE-screening ble gjennomført. Cronbachs alfa blir brukt for å undersøke om skårer innenfor Doloplus-2 sine ulike elementer samvarierer godt. Dette for å undersøke om noen av delene er overflødige, og om skalaen kan forkortes.</p>
Utvalg/ populasjon	<p>Utvalget i studien består av 77 pasienter over 65 år. Pasientene er fordelt på sju ulike sykehjem i tre ulike fylker i Midt-Norge. Alle pasientene har alvorlig kognitiv svikt, og ingen av dem er i stand til å selvrappotere smerte, da de ikke har verbalt språk.</p>
Hovedfunn/ resultater	<p>Hovedfunn fra studien viser at av autorisert helsepersonell blir 52 % av pasientene vurdert til å ha smerte, sammenlignet med Doloplus-2 som vurderer at 68 % har smerte. Hos 29 % av pasientene med smerte er pleierne ute av stand til å registrere smerte.</p> <p>Andelen 0-scorer på Doloplus-2 varierer fra 17 % på somatiske reaksjoner til 40 % på psykososiale reaksjoner.</p> <p>For den totale scoren for undersøkelsene med Doloplus-2 er Cronbachs alfa 0,71, som indikerer god samvariasjon mellom de ulike elementene i skalaen.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Artikkelen er fagfellevurdert.</p>
Redegjort for etiske overveielser	<p>Skriftlig informert samtykke er innhentet fra pasientenes pårørende. Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK), Helse- og omsorgsdepartementet og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) har godkjent studien.</p>
Relevans Hvorfor valgt?	<p>Artikkelen er valgt på bakgrunn av at studien undersøker validiteten av Doloplus-2 hos pasienter i sykehjem som er ute av stand til å selvrappotere smerte, som er relevant for denne oppgavens hensikt. Utvalget bestående av pasienter med alvorlig kognitiv svikt samsvarer med problemstillingen som fokuserer på pasienter med langtkommen demens.</p>

Artikkel 2

<p>Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. <i>Palliative Medicine</i>, 19 (5), 411-417. https://doi.org/10.1191/0269216305pm1031oa</p>	
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å oversette Doloplus-2 til norsk, teste verktøyets kriteriegylldighet, og å få en evaluering av den kliniske ytelsen til Doloplus-2 fra dem som anvender den.
Metode	Metodene som benyttes i studien er både kvalitative (spørreskjema for erfaringer, opplevelser og meninger fra pleiere) og kvantitative (eksperiment). Autorisert helsepersonell i sykehjem anvender Doloplus-2 i samarbeid med to forskningsassistenter for å kartlegge smerte hos pasienter med demens. Resultatene fra kartleggingen sammenlignes med den kliniske oppfatningen autorisert helsepersonell har av om pasientene opplevde smerte etter å ha anvendt NRS. Regresjonsanalyse blir benyttet for å beskrive sammenhengen mellom de enkelte delene av Doloplus-2 og total smertescore. I tillegg ble spørreskjema fylt ut av observatørene.
Utvalg/ populasjon	Utvalget i studien består av autorisert helsepersonell fra tre sykehjem, to forskningsassistenter og 59 pasienter med demens ved et sykehjem i Trondheim, Norge. Ingen av pasientene var i stand til å selvrappportere smerte. Pasientene ble inkludert i studien uansett om de hadde en kjent smertefull medisinsk tilstand eller ikke.
Hovedfunn/ resultater	<p>Hovedfunnene viser ulikhet mellom resultatene fra vurdering med NRS og Doloplus-2. I følge NRS har 6 pasienter sterk smerte, 28 lett-moderat smerte og 25 er smertefrie. I følge Doloplus-2 har 25 pasienter smerte, og 20 er smertefrie. Avviket mellom de to verktøyene er 5 pasienter som vurderes til falske negative.</p> <p>Doloplus-2 blir oversatt til norsk i tråd med internasjonale retningslinjer.</p> <p>Regresjonsanalysen viser at skåren fra kartleggingen med Doloplus-2 utgjør 62 % av ekspertpoengene fra vurdering med NRS, og at de fire mest informative elementene i Doloplus-2 skalaen samsvarer med 68 % av ekspertpoengene.</p> <p>Analysen av de ulike elementene av Doloplus-2 viser at ansiktsuttrykk er det som tydeligst viser tilstedeværelse av smerte, og at sosialt liv forklarer minst.</p> <p>Pleierne rapporterer at Doloplus-2 er enkel å anvende og nyttig for å avdekke smerte, men stiller spørsmål til validiteten av det psykososiale elementet av skalaen.</p>
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert.
Redegjort for etiske overveielser	Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra pasientenes pårørende. Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) har godkjent studien.
Relevans Hvorfor valgt?	Artikkelen er valgt fordi studien har til hensikt å evaluere gyldighet og klinisk ytelse av Doloplus-2 og elementene i smerteskalaen. På bakgrunn av dette vurderes artikkelen som relevant til oppgavens problemstilling.

Artikkel 3

<p>Akbarzadeh, M. & Jakobsson U. (2007). Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter - en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. <i>Vård i Norden</i>, 27 (4) 26-31. https://doi.org/10.1177/010740830702700406</p>	
Hensikt med studien	Hensikten til studien er å teste validiteten og reliabiliteten til den svenske versjonen av Doloplus-2 og dens psykometriske egenskaper i et utvalg av eldre personer med kommunikasjonsvansker.
Metode	<p>Metoden er kvantitativ og består av et eksperiment der pasienter med kommunikasjonsvansker blir vurdert med Doloplus-2 av to ulike autoriserte helsepersonell. Kartleggingen ble gjennomført av en administrator av gangen, men med kort mellomrom for at tid ikke skulle bli en ødeleggende faktor.</p> <p>En pleier anvendte kun Doloplus-2 til å vurdere smerte hos pasienten, mens den andre pleieren anvendte Doloplus-2 sammen med det validerte smertekartleggingsverktøyet UAB Pain Behavior Scale.</p> <p>Doloplus-2 ble psykometrisk evaluert ved hjelp av Spearmans korrelasjonskoeffisient, Cohens Kappa og eksplorativ faktoranalyse.</p>
Utvalg/ populasjon	Utvalget består av 48 personer fra tre akuttavdelinger og en psykiatriavdeling ved et sykehus i Sør-Sverige. Pasientene som ble inkluderte i studien var 65 år eller eldre. Andre inkluderingskriterier var at pasientene hadde kommunikasjonsvansker (vurdert via Neecham Confusion skala) og at de viste tegn til å smerter (vurdert av personale).
Hovedfunn/ resultater	<p>Hovedfunn fra studien viser at det er høy korrelasjon mellom resultatene fra vurdering med Doloplus-2 og UAB Pain Behavior Scale. Verdiene målt med Doloplus-2 varierte mellom 0 til 25 poeng, noe som samsvarer med variasjonen fra 1,0-9,5 poeng på UAB-skalaen.</p> <p>Det ble påvist tilfredsstillende samsvar mellom funn fra smertevurdering gjennomført av pleier som anvendte kun Doloplus-2 og funn fra pleier som anvendte Doloplus-2 sammen med UAB. Det var små forskjeller på de målte verdiene, noe som viser god interrater-reliabilitet (samsvar mellom observatørene) i bruken av Doloplus-2. Cronbachs alfa varierte mellom 0,82 og 0,84.</p> <p>Kappa Koeffisient for hvert spørsmål viser stort sett godt samsvar mellom de ulike observatørene når det kommer til funn på hvert enkelt element av verktøyene. 9 av 10 spørsmål hadde akseptabel kappa-verdi mellom 0,69 og 0,43, mens spørsmål nr 10 om atferdsendring hadde lav kappa-verdi (0,30).</p>
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert.
Redegjort for etiske overveielser	Det ble foretatt etiske overveielser om at studien ikke påvirket pasientene negativt eller påførte fysiske undersøkelser utover det som ellers hadde blitt gjennomført. Anonymitet ble ivaretatt i alle deler av studien. Klinikkens operasjonsleder og Etikkomiteen ved Fakultet for helsevitenskap i Kristianstad Universitet har godkjent studien.
Relevans Hvorfor valgt?	Artikkelen er valgt på grunn av dens relevans til problemstillingen når det kommer til hensikten som er å teste validiteten og reliabiliteten til Doloplus-2. Studien viser anvendelse av metoden i et utvalg med eldre mennesker med kommunikasjonsvansker.

Artikkel 4

<p>Pautex, S., Herrmann, F. R., Michon, A., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2007) Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain Assessment Scale and Comparison to Self-assessment in Hospitalized Elderly. <i>The Clinical Journal of Pain</i>, 23 (9), 774-779. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318154b6e3</p>	
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å undersøke de psykometriske egenskapene til Doloplus-2 ved å sammenligne den observasjonsbaserte skalaen med Visuell analog skala (VAS) smertepoeng. Slik vil studien evaluere ytelsen av Doloplus-2.
Metode	Metoden er kvantitativ (eksperiment). Prospektiv klinisk studie av 180 pasienter innlagt på sykehus med god forståelse av VAS. 131 av disse pasientene hadde demens. Smerte ble vurdert ved hjelp av VAS av pasientene, før kartlegging med Doloplus-2 ble fullført av autorisert helsepersonell. Doloplus-2 ble forkortet i studien.
Utvalg/ populasjon	Utvalget består av 180 pasienter, derav 131 har demens. Av personene med demens har 49 personer lett grad, 53 moderat grad og 29 alvorlig grad.
Hovedfunn/ resultater	<p>Resultatene viser at 49 % av pasientene opplever smerte ved spørsmål.</p> <p>Doloplus-2 ble gjennomført hos alle 180 pasienter, og vurderingen samsvarer moderat med egenrapportering av smerte. Spearman-koeffisient 0,46.</p> <p>Doloplus-2 forutsier i en multippel regresjonsmodell 41 % av variasjonen i smerteintensitet målt med VAS. Det somatiske elementet forklarte 36 % av variasjonen, det psykososiale elementet forklarte 5 % av variasjonen, mens det psykomotoriske elementet ikke bidro til forklaring av variasjonen.</p> <p>Doloplus-2 viser tilstrekkelig stabile målinger/indre konsistens.</p>
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert.
Redegjort for etiske overveielser	Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra pasientene og/eller pasientenes pårørende. Den lokale etikk-komiteen har godkjent studien.
Relevans Hvorfor valgt?	Studien i artikkelen evaluerer ytelsen av Doloplus-2 ved å sammenligne den med Visuell analog skala (VAS). En slik sammenligning tydeliggjør styrker og svakheter med Doloplus-2, noe som gjør artikkelen relevant for problemstillingen. Studien sammenligner også bruk av Doloplus-2 blant ulike pasientgrupper, noe som kan være interessant undersøke med tanke på validitet blant personer med langtkommen demens.

Artikkel 5

<p>Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Hjermsstad, M. J., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2007). Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? <i>BMC geriatrics</i>, 7 (1), 29-29. https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-29</p>	
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å teste validiteten og reliabiliteten av den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 og dens elementer.
Metode	<p>Metoden er kvantitativ (eksperiment). Følgende vurderinger ble brukt som kriterium for smerte: Alle pasienter i studien ble undersøkt av en ekspert på smertevurdering og smertebehandling. Smertene ble vurdert via en numerisk smerteskala. I tillegg ble det foretatt en klinisk undersøkelse, og rapporter fra pleiere (og pasienter der det var mulig) om smerte det siste døgn ble registrert.</p> <p>Doloplus-2 ble anvendt av autorisert helsepersonell, og regresjonsanalyse benyttet for å estimere Doloplus-2-skalaens evne til å forklare ekspertenes rangeringer.</p> <p>Interrater-reliabilitet ble evaluert hos 16 pasienter ved å sammenligne to ulike pleiere sine resultater via bruk av Doloplus-2.</p>
Utvalg/ populasjon	Utvalget består av 51 sykehjemspasienter og 22 pasienter innlagt på geriatrisk avdeling på sykehus. Alle pasientene har kognitiv svikt og mangler evne til selvrapporing.
Hovedfunn/ resultater	<p>Hovedfunnene viser lite sammenheng mellom resultatene fra Doloplus-2 og ekspertenes smertevurderinger ($R^2 = 0,02$).</p> <p>Det ble funnet sammenheng ($R^2 = 0,54$) mellom ekspertenes vurderinger og resultatene fra Doloplus-2 i undergruppen med 16 pasienter der geriatrisk sykepleier med erfaring i bruk av Doloplus-2 administrerte metoden.</p> <p>Interrater-reliabiliteten mellom administratorene av Doloplus-2 var i følge Intraclass Coefficient (ICC) 0,77.</p> <p>Smerteekspertens vurderinger ble sammenlignet med vurderinger gjort av to uavhengige geriatrikere i en delprøve av 16 pasienter. Funnene hadde tilfredsstillende koeffisiens med ICC 0,74.</p> <p>Validiteten til Doloplus-2 støttes ikke i nåværende versjon.</p>
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfelleurdert.
Redegjort for etiske overveielser	Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra pasientenes pårørende. Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) har godkjent studien.
Relevans Hvorfor valgt?	Studien i artikkelen undersøker validiteten og reliabiliteten til Doloplus-2, og er dermed relevant for denne oppgavens problemstilling.

3.6 Aveyards tematiske analysemodell

For å analysere artiklene ble deler av Aveyards tematiske analysemodell anvendt (Thidemann, 2019, s. 96). Det første trinnet av modellen handler om å identifisere temaene i artiklene. Her ble resultatdelen av hver artikkel grundig gjennomgått, alltid med oppgavens problemstilling i syne. Først ble aktuelle tema skrevet ned, og deretter ble de gitt egne farger. Artiklene ble printet ut for å kunne bruke tusjer til å markere de ulike temaene i hver artikkel. Temaene som gikk igjen i artiklene og som passet problemstillingen til denne oppgaven var “Sammenligning for å undersøke validitet”, “Nytteverdi, fordeler eller styrker”, “Ulemper eller utfordringer” og “Støtter validitet/samsvarer med annet verktøy”. For å få bedre oversikt over utvalget i artiklene og om studiene støttet validitet av Doloplus-2 eller ikke, ble også disse spørsmålene inkludert i tematabellen.

3.7 Tematabell

De utvalgte artiklene og innholdet i resultatene av dem ble satt opp i en tematabell. Denne tabellen virket som et godt hjelpemiddel for å få oversikt over innholdet i artiklene, da ulikheter og likheter kom tydeligere fram.

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Langtkommen demens/alvorlig kognitiv svikt	Alvorlig kognitiv svikt, ikke-verbale	Moderat- alvorlig demens (88%)	Problemer med kommunikasjon	29 av 180 med alvorlig demens	Kognitiv svikt, ikke-verbale
Sammenligning for å undersøke validitet	X (Helsepersonells oppfatning)	X (NRS)	X (UAB + Doloplus-2)	X (VAS)	X (NRS)
Nytteverdi, fordeler eller styrker	X	X			X
Ulemper eller utfordringer		X	X	X	X
Støtter validitet/samsvar med annet verktøy	X		X		

4. Resultat

4.1 Presentasjon av hovedfunn

Alle de fem utvalgte artiklene undersøker validiteten til Doloplus-2 ved å sammenligne verktøyet med andre verktøy eller smerte estimert av autorisert helsepersonell. Hovedfunnene fra artiklene blir nå presentert artikkel for artikkel. Resultatene blir senere sammenfattet og sett i lys av teori i kapittel 5.

4.1.1 Artikkel 1

Studien i artikkel 1 (Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, Hølen, Fayers & Rustøen, 2010) undersøker validiteten til Doloplus-2 ved å sammenligne Doloplus-2 med autorisert helsepersonells oppfatning av om pasienten har smerter. Autorisert helsepersonell vurderer tilstedeværelse av smerte hos pasienten til “ja”, “nei” eller “vet ikke”. Funnene fra studien viser at 68 prosent av pasientene vurderes til å ha smerter ifølge Doloplus-2 smerteskala. Til sammenligning vurderes 52 prosent av pasientene til å ha smerter ut fra autorisert helsepersonells oppfatning. For 29 prosent av pasientene med smerte var ikke helsepersonell i stand til å avdekke den uten bruk av Doloplus-2. Studien viser altså at bruk av Doloplus-2 avdekker smerte hos flere pasienter enn vurdering gjort av autorisert helsepersonell uten Doloplus-2 (Torvik et al., 2010). Studien sier at det er behov for ytterligere undersøkelser for å vurdere verktøyet blant personer som ikke har evne til selvrapporing, men støtter validiteten til Doloplus-2 (Torvik et al., 2010).

4.1.2 Artikkel 2

I likhet med artikkel 1 sammenligner studien i artikkel 2 (Hølen, Saltvedt, Fayers, Bjørnnes, Stenseth, Hval, Filbet, Loge & Kaasa, 2005) smertekartlegging gjennomført med Doloplus-2 med autorisert helsepersonells kliniske oppfatning av om pasientene har smerte, men i denne studien ble Numerisk smerteskala i tillegg brukt i sammenligningen. I følge NRS hadde 6 pasienter sterk smerte, 28 moderat til lett smerte og 25 var smertefrie. I følge Doloplus-2 hadde 29 personer smerte. Dette gav 5 falske smertefrie dersom NRS-vurderingen er riktig. Likevel er verktøyet stort sett nyttig for å avdekke smerte (Hølen et al., 2005). Kriteriene for smerte i de ulike delene av Doloplus-2 ble testet ut. Analysen viser at ansiktsuttrykk tydeligst viser at

smerte er tilstede, og at sosialt liv er kriteriet som forklarer minst. Det stilles spørsmål til validiteten av skalaens psykososiale element (Hølen et al., 2005).

En del av hensikten bak studien i artikkel 2 var å oversette Doloplus-2 til norsk. Ved oversettelsen oppstod mindre vanskeligheter i form av mangel på passende oversettelser til enkelte franske begreper. Noen omformuleringer måtte gjøres der begreper i den originale franske utgaven tilsvarte utdaterte norske begreper. Oversettelsen ble vurdert som godkjent av observatørene (Hølen et al., 2005).

Ved spørreskjema utfyllt av autorisert helsepersonell viser hovedfunn at anvendelse av Doloplus-2 ved smertekartlegging er en fordel, da verktøyets standardiserte format og at det inneholder viktige smerteindikatorer gjør kartleggingen mer solid. Det er også enighet om at verktøyet er brukervennlig i pleiesituasjoner. Observatørene er likevel enige om at de psykososiale elementene av skalaen bør vurderes med forsiktighet på grunn av at mange personer med demens har atferdsproblemer grunnet demenssykdommen. Gjennom spørreskjemaet kommer det også fram at helsepersonell mener det er viktig å kjenne til pasientens vanlige atferd før gjennomføring av observasjonsbasert kartlegging av smerte. I tillegg er de opptatt av at opplæring og å følge brukerveiledningen for Doloplus 2 (Vedlegg 1) er viktig ved den aktuelle brukergruppen (Hølen et al., 2005).

4.1.3 Artikkel 3

Studien i artikkel 3 (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007) har som hensikt å teste validiteten til den svenske versjonen av Doloplus-2. Dette gjøres ved å sammenligne vurdering gjort av en observatør som anvender UAB og Doloplus-2 kombinert, med en vurdering gjort av en annen observatør med Doloplus-2 alene. Resultatene viser at det er tilfredsstillende samsvar mellom resultatene fra de to vurderingene. Resultater fra studien taler også for at Doloplus-2 har god inter-rater-reliabilitet, da det er godt samsvar mellom vurderinger gjort av ulike observatører. Resultater for undersøkelser av de ulike elementene av Doloplus-2 viser at atferdsendringer skiller seg ut fra de andre delene av skalaen, ved at det her er minst samsvar mellom de ulike observatørenes vurderinger av dette elementet (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007).

4.1.4 Artikkel 4

Artikkel 4 (Pautex, Herrmann, Michon, Giannakopoulos & Gold, 2007) presenterer en fransk studie som sammenligner anvendelse av Dolopius-2 med VAS for å vurdere ytelsen til Dolopius-2. Utvalget i studien består av 180 pasienter der 131 av dem har demens. Ved selvrappotering forteller 88 av pasientene at de opplever smerte. Hos disse pasientene kartlegges smerteintensiteten ved hjelp av VAS. Flesteparten av pasientene skåret i områdene fra mild til moderat smerte på VAS-skalaen. Ved vurdering med Dolopius-2 hadde 50 av disse en skår lavere enn 5 og 21 pasienter skåret 0. Dermed vurderes 17 til å ha smerte ved kartlegging med Dolopius-2. Vurdering med Dolopius-2 viser moderat samsvar med resultater fra VAS, og samsvaret svekkes ytterligere hos den delen av utvalget som har demens.

Studien i artikkel 4 undersøker muligheten for å forkorte Dolopius-2 smerteskala. Dette gjøres ved å lage en versjon som inkluderer elementene som tilsvarende VAS i størst grad: klager på smerte, beskytter smertefulle områder, smertelindrende hvilestillinger, sosial aktivitet, atferdsproblemer. I likhet med den komplette versjonen av Dolopius-2 ble kortversjonen vurdert til å ha moderat samsvar med VAS. Også her er samsvar større for personer uten demens (Pautex et al., 2007).

4.1.5 Artikkel 5

Studien i artikkel 5 (Hølen, Saltvedt, Fayers, Hjermstad, Loge & Kaasa, 2007) undersøker validiteten til Dolopius-2 smerteskala og elementene i den. Vurdering med Dolopius-2 gjort av pleiere ved sykehjemmet og sykehuset sammenlignes med NRS-vurdering gjort av en ekstern smerteekspert. Resultatene fra studien viser lite samsvar for funnene fra de to metodene. Det blir derimot funnet samsvar mellom resultater fra vurdering med Dolopius-2 i en undergruppe på 16 pasienter som blir kartlagt av geriatrisk sykepleier med god erfaring i bruk av verktøyet. I denne delprøven ble det funnet tilfredsstillende samsvar. Av resultatdelen kommer det fram at anvendelse av Dolopius-2 krever spesifikke administrasjonsferdigheter og at validiteten til dagens versjon av verktøyet ikke støttes (Hølen et al., 2007).

5. Drøfting/diskusjon

I kapittel 4 ble resultatene fra 5 utvalgte artikler presentert. Temaene som går igjen i artiklene er “Sammenligning for å undersøke validitet”, “Nytteverdi, fordeler eller styrker” og “Ulemper og utfordringer”. Resultatene vil nå bli tematisk sammenfattet og drøftet systematisk opp mot teorigrunnlaget fra kapittel 2 i et forsøk på å besvare problemstillingen som er: *“Hvilken validitet har den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 i smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens i sykehjem, og hva er fordeler og ulemper med metoden?”*

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Sammenligning for å undersøke validitet

Torvik et al. (2010) sammenligner i artikkel 1 Doloplus-2 med autorisert helsepersonells oppfatning av smerte. Studien viser at Doloplus-2 avdekker smerter hos flere pasienter enn vurdering gjort uten Doloplus-2. Studien påpeker behov for mer forskning, men støtter validitet. Dersom vurderingen med Doloplus-2 er riktig, samsvarer dette med det Rustøen og Wahl sier om at observasjon gjort av andre ikke alltid samsvarer med pasientens smerteopplevelse (2008, s. 53-54).

Hølen et al. (2005) sammenligner i artikkel 2 Doloplus-2 med NRS intensitetsskala. I denne studien blir 5 personer vurdert som smertefrie med Doloplus-2 til tross for at NRS vurderer at de har smerte. Det kan være flere forklaringer for dette, blant annet ulike utfordringer ved det å skulle kartlegge smerte ut fra atferd. Pasienter har ulike måter å uttrykke smerter på, og observatørens tolkning av slik atferd kan variere. NRS og Doloplus-2 er svært ulike verktøy i den forstand at Doloplus-2 inneholder mange ulike atferdsuttrykk. I følge Rustøen og Wahl kan verktøy som inneholder mange atferdsuttrykk medføre en risiko for at pasientene blir vurdert til å ha smerte selv om dette ikke er tilfellet. Hølen et al. (2005) viser imidlertid det motsatte med 5 falske smertefrie fra Doloplus-2-vurderingen. Det blir likevel rapportert at Doloplus-2 er nyttig i kartlegging av smerte hos personer med kognitiv svikt, men studien (Hølen et al., 2005) støtter ikke validiteten til alle deler av Doloplus-2, da det rettes usikkerhet mot det psykososiale elementet i skalaen. Dette elementet vil diskuteres senere i oppgaven.

I artikkel 4 forekommer også flere falske smertefrie resultater fra vurdering med Doloplus-2. Her sammenligner Pautex et al. (2007) Doloplus 2 og VAS. Ved selvrapporing med VAS-skalaen oppgir 88 pasienter at de har smerte, samtidig som kun 17 av disse vurderes til å ha smerte ved vurdering med Doloplus-2. Det kommer også fram i studien at vurderinger av personer med demens viser mindre samsvar mellom vurderingene enn personer uten demens. På bakgrunn av disse resultatene støtter heller ikke denne studien validiteten til Doloplus-2. Hølen et al. (2007) sammenligner i sin studie i artikkel 5 Doloplus-2 med NRS. Resultatene her viser også lite samsvar, og disse støtter heller ikke validiteten til Doloplus-2 i dagens versjon.

Studiene i de så langt nevnte artiklene benytter seg alle av sammenligning med VAS og NRS. NRS og VAS er begge kartleggingsverktøy der selvrapporing benyttes for å vurdere smerteintensitet (Rustøen & Wahl, 2008, s. 55-56). I motsetning til disse avdekker Doloplus-2 smerteskala kun om smerte er tilstede eller ikke. Det kan derfor diskuteres om resultatene fra den utvalgte litteraturen i denne oppgaven kan regnes som gyldige, da de sammenligner verktøy som kartlegger ulike dimensjoner av smerte. I følge Rustøen og Wahl (2008, s. 193) bør ikke observasjonsbaserte verktøy som Doloplus-2 sammenlignes med verktøy som måler smerteintensitet. At alle studiene er kvalitetssikret og fra fagfelleverderte artikler bør likevel tas i betraktning, da dette taler for deres gyldighet. Det som kommer fram av sammenligninger og resultater fra studiene er svært varierende. Dette kan bety at slike sammenligninger er av liten verdi, men trenger heller ikke å ha betydning.

I motsetning til de andre studiene sammenligner Akbarzadeh og Jakobsson (2007) Doloplus-2 med et annet observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (i kombinasjon med Doloplus-2), nemlig UAB. UAB bruker i likhet med Doloplus-2 atferd som smerteindikatorer (Richards et al., 1982). Studien viser godt samsvar mellom de to vurderingene, noe som støtter validiteten til Doloplus-2. Av personer med demens i norske sykehjem har opp mot 80 prosent demens (Rostad et al., 2019). Den store forekomsten understreker behovet for gode observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy for personer i denne gruppen.

5.1.2 Nytteverdi, fordeler eller styrker

Store deler av personer med demens i norske sykehjem er antatt å ha smerter (Rostad et al., 2019). Pasienter med langtkommen demens har høyere risiko for at disse smertene forblir uoppdaget som følge av vansker med å uttrykke seg på grunn av kognitiv svikt (Rustøen & Wahl, 2008, s. 194). Kravet til omsorgsfull hjelp (hpl) innebærer å sikre at pasienten ikke lider av smerte unødvendig (Brask et al., 2016, s. 30). En årsak som bidrar til problemet er mangelfull smertekartlegging eller lite kunnskap om kartlegging av personer med langtkommen demens (Rustøen & Wahl, 2008, s. 185). Vernepleieren har dermed ansvar for å avdekke smerte hos personer med langtkommen demens ved hjelp av validerte og standardiserte verktøy (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 110). Doloplus-2 er et verktøy som er utviklet for å bidra til dette.

Torvik et al. (2010) viser nytteverdien til Doloplus-2 på dette området i sin studie. Her kommer det fram at Doloplus 2 avdekker smerte hos flere pasienter enn vurdering basert på helsepersonells oppfatning uten Doloplus-2. Dette taler for at Doloplus-2 er et nyttig verktøy når det kommer til å avdekke smerte hos personer med langtkommen demens. Hølen et al. (2005) støtter også dette, og legger til at det standardiserte formatet og viktige smerteindikatorer er fordeler med verktøyet. I tillegg nevner Hølen et al. (2005) at verktøyet er brukervennlig i pleiesituasjoner, noe som kan være en viktig fordel ved kartlegging av pasienter med langtkommen demens. Studien gjort av Akbarzadeh og Jakobsson (2007) i artikkel 3 taler for at Doloplus-2 har god interrater-reliabilitet, altså godt samsvar mellom funn der to ulike observatører anvender verktøyet. Dette er også en viktig fordel som støtter påstanden om verktøyets brukervennlighet og validitet.

5.1.3 Ulemper eller utfordringer

Teorien taler for at smerte er subjektivt og at tilstedeværelse av den kun kan avgjøres av personen som opplever den. Det er ikke alltid slik at observasjoner gjort av andre samsvarer med opplevelsen pasienten har (Rustøen & Wahl, 2008, s. 53-54). Dermed kan det sies at smertekartlegging basert på observasjon av atferd er en utfordring eller ulempe i seg selv. Vernepleieren har viktige kvalifikasjoner som observasjonskompetanse og kompetanse om kommunikasjon med pasienter uten verbalt språk. Derfor kan en likevel i en viss grad argumentere for at observasjoner

kan gi nyttig informasjon dersom de gjøres av personer med slik kompetanse (Brask et al., 2016, s. 24). Rustøen og Wahl understreker likevel at smertekartlegging bør foregå via selvrapporing der pasienten evner det (Rustøen & Wahl, 2008, s. 53-54).

Observatørene i artikkel 2 (Hølen et al., 2005) nevner at det er en utfordring å skille atferdsendringer som er en del av demenssykdommen fra andre atferdsendringer. At Doloplus-2 baseres på observasjon av atferd kan i seg selv ses som en ulempe, da det utfordrer validiteten til skalaen. Dette kan begrunnes med at mental svikt som følge av demenssykdom i seg selv fører til atferdsendringer, endret personlighet og sosial atferd og nedsatt evne til følelsesstyring. Dette beskrives som et vanlig symptom på demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 15-18). Å se på atferdsendringer som en indikator på smerte kan derfor ses som en utfordring. Denne utfordringen kommer også frem i resultatet i artikkel 5 (Hølen et al., 2007) som fastslår at anvendelse av Doloplus-2 krever spesifikke ferdigheter. Galek og Gjertsen sier at hos personer med demens kan evnen til å tolke sanseintrykk være svekket, og de kan derfor oppleve smerte annerledes enn personer med normal kognitiv funksjon (2011, s. 62). Dette underbygger igjen at kartlegging basert på observasjon kan være ekstra vanskelig, og viser behovet for spesifikk kunnskap om gruppen.

I følge artikkel 3 (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007) skiller atferdsendringer seg fra de andre delene av Doloplus-2 ved at det er minst samsvar mellom vurderinger gjort på dette området. Selv om det foreligger en klar utfordring når det kommer til å observere atferdsendringer blant personer med langtkommen demens er slik observasjon likevel viktig. Det er viktig både på grunn av vernepleierens ansvar for å gi omsorgsfull hjelp (hpl) og på grunn av mulige konsekvenser fra å gå lenge med uavdekket smerte. Personer som går med smerter i lengre tid står nemlig i risiko for plager som depresjon, isolasjon, inaktivitet og funksjonssvikt (Rustøen & Wahl, 2008, s. 27).

Det psykososiale elementet av Doloplus-2 inneholder kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer (Vedlegg 1). Observatørene i artikkel 2 (Hølen et al., 2005) stiller spørsmål til validiteten til det psykososiale elementet i skalaen, og begrunner usikkerheten i at atferdsproblemer er en del av demenssykdommen for mange

pasienter. Dette støttes også av teorien som sier at disse områdene kan påvirkes av demenssykdommen i seg selv, og ikke trenger å være tegn på smerte (Engedal & Haugen, 2018, s. 15-18). Studien i artikkel 3 (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007) forsterker usikkerheten rundt elementet ved at det er minst samsvar mellom vurderinger innenfor det samme elementet.

Det psykososiale elementet av Doloplus-2 inneholder blant annet atferdsproblemer. Å kunne avdekke slike atferdsproblemer krever kjennskap til pasientenes vanlige atferdsmønster i følge Hølen et al. (2005). At bruk av Doloplus-2 er avhengig av god kjennskap til pasienten kan ses som en ulempe, da dette krever mer av metoden. Observatørene i artikkel 2 (Hølen et al., 2005) rapporterer om at det å kjenne pasienten godt er en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre smertekartlegging. Dette begrunnes med at observatøren bør være bevisst pasientenes vanlige atferd for å kunne foreta en vurdering. Viktigheten av kjennskap til pasienten underbygges videre av teori som sier at smerteuttrykk og atferd er individuelle. Dessuten kan smerteindikatorer i observasjonsbaserte verktøy for smertekartlegging være utydelige og skjulte, noe som krever at observatøren vet hvilken atferd som er vanlig for pasienten, og dermed kan avgjøre hva som er avvikende atferd (Rustøen & Wahl, 2008, s. 194).

Akbarzadeh & Jakobsson (2007) viser til lite samsvar mellom vurderinger gjort av ulike observatører på Doloplus-2-elementet som omhandler atferdsendringer. Det kan tenkes at en mulig årsak for dette kan være at de ulike observatørenes kjennskap til pasientene og deres normale atferdsmønster har vært varierende. Begge disse funnene belyser viktigheten av kjennskap til pasienten. Dette støttes videre av teorien som sier at ved å sikre et kontinuerlig forhold mellom pasient og pleier kan helsetjenestene skape bedre forutsetninger for god smertekartlegging. Å sikre denne kontinuiteten er viktig for at pleieren skal ha kunnskap om pasientens individuelle atferdsmønster og smerteuttrykk (Rustøen & Wahl, 2008, s. 194).

I tillegg til god kjennskap til pasienten kan god kjennskap til verktøyet Doloplus-2 i seg selv være en fordel. Dette viser en delprøve i artikkel 5 (Hølen, et al., 2007). I delprøven anvender en geriatrisk sykepleier Doloplus-2 for å vurdere 16 pasienter. Denne vurderingen viser tilfredsstillende samsvar med NRS-vurdering. Studien

argumenterer for at dette kan skyldes den geriatrike sykepleierens gode erfaring med å anvende Doloplus-2. Observatører i Hølen et al. (2005) sin andre studie i artikkel 2 støtter dette med å vise til at brukerveiledningen til Doloplus-2 (Vedlegg 1) bør følges grundig i kartleggingen.

5.2 Metodediskusjon

Metoden i oppgaven er en litteraturstudie over selvvalgt tema og problemstilling. Her vil styrker og svakheter med gjennomføringen av metoden, samt den anvendte litteraturen belyses.

PubMed, SveMed+ og Oria er søkedatabasene som er benyttet i datainnsamlingen. Disse er alle anerkjente kilder. Litteratursøket i databasene var en viktig del av litteraturstudiets første fase. At oppgavens problemstilling fokuserer på langtkommen demens gjorde at litteratursøket måtte spisses for å treffe denne gruppen. Dette gjorde søkeprosessen ekstra utfordrende, da det var mange artikler som var relevante for Doloplus-2, men som utelukkende fokuserte på lett demens eller lett kognitiv svikt. Noen av artiklene ble valgt ut til tross for at langtkommen demens ikke var eneste kriterie for utvalget i studiene. Det ble også inkludert artikler der studiene var gjennomført i sykehusavdelinger, i stedet for i sykehjem som problemstillingen fokuserer på. Det kan ses som en svakhet at disse artiklene ble valgt ut til tross for at problemstillingen presiserer langtkommen demens. Dette kan ha ført til at den utvalgte litteraturen ikke gir relevante svar til problemstillingen. På en annen side kan det også være en styrke å se bruken av Doloplus-2 i ulike pasientgrupper med tanke på validiteten til verktøyet.

Et mål i litteratursøket var å finne så oppdatert forskning som mulig for å sikre at studiene i artiklene er relevante. Det var begrensninger i antall treff som omhandlet validiteten til Doloplus-2 fra de siste 10 årene. Derfor ble det nødvendig å inkludere artikler fra de 15 siste årene. Studienes alder vurderes som akseptable med tanke på mengde forskning funnet om emnet, men det hadde vært en klar styrke dersom de fleste artiklene hadde vært av nyere dato.

I artikkel 2 (Hølen et al., 2005) og artikkel 5 (Hølen et al., 2007) var noen av forfatterne felles for artiklene. I tillegg sammenligner begge studiene NRS og

Doloplus-2. En svakhet med å inkludere studier fra samme forfattere og med relativt lik metode er at det kan svekke variasjonen i den utvalgte litteraturen. På grunn av at studiene kom fram til veldig ulike resultater ble det vurdert som akseptabelt å inkludere begge disse. De ble likevel vurdert med et kritisk blikk i analysen.

Artiklene som er valgt ut er av ulikt geografisk opphav. Artikkel 1, 2 og 5 er alle norske studier, mens studiene i artikkel 3 og 4 er utført i Sverige og Frankrike. Det kan ses som en svakhet med tanke på at det kan være store variasjoner mellom ulike institusjoner i ulike deler av verden. Men det kan også ses som en fordel, da det kan vise et bredere bilde av temaet. Det ble vurdert at studier fra Sverige og Frankrike kan regnes som overførbare til norsk praksis.

Samtlige artikler er engelskspråklige, bortsett fra artikkel 3 som er skrevet på svensk. Ingen av disse språkene er undertegnede førstespråk, noe som kan innebære en risiko for at oversettelsene inneholder feil eller at nyanser har gått tapt i oversettelsen. Det er også en sjanse for at resultatene har blitt mistolket dersom ulike begreper har blitt misforstått underveis i arbeidet.

6. Avslutning

I Norge har 100 000 mennesker demens. Demens er en sykdom som oftest vises ved høy alder. Med tanke på at eldre mennesker har høyere risiko for å ha smertefulle tilstander, er det grunn til å tro at mange personer med demens lever med smerter. For personer med langtkommen grad av sykdommen kan dette være et stort problem med tanke på deres reduserte eller manglende evne til å uttrykke seg. Dette viser nødvendigheten av at smerte avdekkes på andre måter. For dette gruppen anbefales det å benytte observasjonsbaserte verktøy som vurderer atferd som smerteindikatorer. Den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 er et sånt verktøy. Denne oppgavens hensikt var å se på undersøkelser av validiteten til Doloplus-2, samt å avdekke fordeler og ulemper med verktøyet. Dette ble gjort gjennom en systematisk litteraturstudie der målet var å besvare problemstillingen: *“Hvilken validitet har den observasjonsbaserte smerteskalaen Doloplus-2 i smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens i sykehjem, og hva er fordeler og ulemper med metoden?”*

Utvalgt litteratur består av 5 ulike studier der Doloplus-2 sammenlignes med andre alternativer for smertekartlegging. Resultatene fra studiene viser uenighet hva angår validiteten til Doloplus-2 smerteskala. Begrunnelser for å støtte validitet er at verktøyet viser seg nyttig i å avdekke smerte blant personer med langtkommen demens. Det rapporteres at fordeler med verktøyet er at det inneholder viktige smerteindikatorer, er brukervennlig og har et standardisert format. Argumenter som taler imot validitet er svakheten ved å se atferd som indikator på smerte. Det rettes særlig usikkerhet til det psykososiale elementet i Doloplus-2 som omhandler atferdsendringer. Dette ses som en ulempe med metoden. Flere studier taler for at god kjennskap til verktøyet og til pasientene som observeres styrker validiteten i kartlegging med Doloplus-2. Ulike meninger omkring validiteten til Doloplus-2 kan tolkes som at det er behov for mer forskning på området.

7. Litteraturliste (APA 6th)

Aambø, A. (2007). *Smerter. Smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Akbarzadeh, M. & Jakobsson U. (2007). Smærtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter - en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. *Vård i Norden*, 27 (4) 26-31.
<https://doi.org/10.1177/010740830702700406>

Aldring og helse. (u.å.). Doluplus skala – observasjonsbasert smerteskala for eldre. Hentet fra <https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/DOLOPLUS-Norge.pdf>

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in Health and Social care: a practical guide*. (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzY5NzU5MV9fQU41?sid=bd265889-4e51-43f6-bed0-0b3e6668e9fe@sessionmgr103&vid=0&format=EB&rid=1>

Brask, O. A, Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg.). Forlaget Aldring og Helse.

Fellesorganisasjon (FO). (2017). *Om vernepleieryrket*. [Brosjyre]. Oslo: Fellesorganisasjon (FO).

Fellesorganisasjon (FO). (u.å.). *Vernepleierens helsefagkompetanse*. Oslo:

Fellesorganisasjon (FO). Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1333815-1607596806/Dokumenter/Din%20profesjon/Vernepleier/FO-Vernepleiernes%20helsefagkompetanse2020.pdf>

Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.

Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Tidsskriftet sykepleien*, 99 (13), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.019>

Helsepersonelloven (hpl). (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine*, 19 (5), 411-417. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1031oa>

Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Hjermstad, M. J., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2007). Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC geriatrics*, 7 (1), 29-29. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-29>

Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens - en arena for samarbeid*. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 13-2005.

Larsen, T. A. & Knudsen, L. B. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 3 (4), 287-299. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06>

Leonardsen, A. C. L. (2020). Hvordan kan sykepleiere og vernepleiere dele pleieoppgaver? *Sykepleien*, 108 (82613) e-82613. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82613>

Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte - fenomen og etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pautex, S., Herrmann, F. R., Michon, A., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2007) Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain Assessment Scale and Comparison to Self-assessment in Hospitalized Elderly. *The Clinical Journal of Pain*, 23 (9), 774-779.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318154b6e3>

Richards, J. S., Nepomuceno, C., Riles, M., & Suer, Z. (1982). Assessing pain behavior: The UAB Pain Behavior Scale. *Pain (Amsterdam)*, 14 (4), 393-398.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(82\)90147-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(82)90147-6)

Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 14 (79184), e-79184.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>

Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Småstuen, M. C., Puts, M. & Halvorsrud, L. (2018). The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.017>

Rustøen, T. & Wahl, A. K. (2008). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sandvik, Reidun, K.N.M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 80594, e-80594.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>

Sogne-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2005).

Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 125 (13-14), 1838-1840. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt#reference-15>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Fayers, P. & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - An evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC geriatrics*, 10 (9), 9-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9>

8. Vedlegg:

8.1 Vedlegg 1:

Doloplus-2 Observasjonsbasert smerteskala for eldre (Aldring og helse, u.å.).

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:		Dato:	
Senternummer:	Pasientnummer:				
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 (finer 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 blick)	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 påkledding	- 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 kroppsstilling 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 blick (stirrende, fraværende, tårefyllt, 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, uselvtendighet 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 selvtendighet.

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.

