

Tina Samstad Wisth

Vernepleieren som ressurs i smertekartlegging hos mennesker med alvorlig demens

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Marianne Tevik Singstad
Mai 2022

Tina Samstad Wisth

Vernepleieren som ressurs i smertekartlegging hos mennesker med alvorlig demens

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Marianne Tevik Singstad
Mai 2022

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

Sammendrag

Tittel: Vernepleieren som ressurs i smertekartlegging hos mennesker med alvorlig demens.

Introduksjon/bakgrunn: Mennesker med alvorlig demens har større risiko for å bli underbehandlet for kroniske smerter. Manglende evne til å selvrappportere smerte gjør det utfordrende for helsepersonell å kartlegge smerte hos denne gruppen. Det er utviklet kartleggingsverktøy som vektlegger observasjon av atferd som kan være uttrykk for smerte, og hensikten med disse er å redusere andelen mennesker med alvorlig demens som får utilstrekkelig smertebehandling.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer i vernepleiefaglig kompetanse, og bruk av Doloplus-2 som kan føre til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens. Målet er å få dypere innsikt i hvordan man kan skape en bedre, og mer systematisert praksis på et område som er utfordrende.

Metode: Oppgavens metode er litteraturstudie, inkluderer fem utvalgte forskningsartikler, og annen teori og litteratur for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

Resultat: Resultatene fra de inkluderte artiklene dannet for tre hovedtema diskutert i diskusjonsdelen: 1. Kunnskap, kjennskap og forståelse hos helsepersonell, 2. Nyttene av å bruke Doloplus-2 som kartleggingsverktøy og 3. Barrierer mot, og faktorer for god smertebehandling.

Konklusjon: Bruk av det observasjonsbaserte kartleggingsverktøyet Doloplus-2 kan i kombinasjon med vernepleiefaglig kompetanse føre til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens. Denne litteraturstudien viser at for at bruk av Doloplus-2 skal fungere, må den som bruker kartleggingsverktøyet kjenne pasientens daglige vaner og atferdsuttrykk godt. Mennesker med alvorlig demens har redusert hukommelse og språkevne, og mye av kommunikasjonen er non-verbal. Dette stiller krav til at den som skal vurdere og tolke de ulike atferds-uttrykkene har tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse innenfor fagfeltet. Dette er kunnskap som inngår i vernepleierens brede kompetansefelt, og er en ressurs i arbeidet med å skape en mer systematisk praksis for bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens.

Nøkkelord: demens, smertekartlegging, vernepleier, smerte, observasjon, smertevurdering, sykehjem, doloplus-2

Summary

Title: The social educator as a resource in pain assessment for people with severe dementia.

Introduction/background: People with severe dementia are at greater risk of being undertreated for chronic pain. The inability to self-report pain makes it challenging for healthcare professionals to map pain in this group. Assessment tools have been developed that emphasize the observation of behaviors that may be an expression of pain, and the purpose of these is to reduce the proportion of people with severe dementia who receive inadequate pain treatment.

Purpose: The purpose of this literature study is to investigate which factors in social educator expertise, and the use of Doloplus-2 that can lead to better pain treatment in people with severe dementia. The goal is to gain deeper insight into how to create a better, and more systematized practice in an area that is challenging.

Method: The method of the thesis is a literature study, includes five selected research articles, and other theory and literature to shed light on the problem in a satisfactory way.

Result: The results from the included articles formed for three main topics discussed in the discussion section: 1. Knowledge, knowledge and understanding of health professionals, 2. The usefulness of using Doloplus-2 as an assessment-tool and 3. Barriers to, and factors for good pain treatment.

Conclusion: The use of the observation-based assessment tool Doloplus-2 in combination with social educator expertise can lead to better pain treatment for people with severe dementia. This literature study shows that for the use of Doloplus-2 to work, those who use the assessment-tool must know the patient's daily habits and behavioral expressions well. People with severe dementia have reduced memory and language skills, and much of the communication is non-verbal. This requires that the person who is to assess and interpret the various behavioral expressions has sufficient knowledge and competence within the field. This is knowledge that is part of the social educator`s broad field of expertise and is a resource in the work of creating a more systematic practice for better pain treatment in people with severe dementia.

Keywords: dementia, pain mapping, disability nurse, pain, observation, pain assessment, nursing home, doloplus-2

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-------|
| 1.0 Innledning | s. 1 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema | s. 1 |
| 1.2 Avgrensning | s. 2 |
| 1.3 Oppgavens hensikt | s. 2 |
| 1.4 Begrepsavklaring | s. 3 |
| 1.5 Oppgavens disposisjon | s. 3 |
| 2.0 Teori | s. 3 |
| 2.1 Demens | s. 3 |
| 2.1.1 Kognitiv svikt | s. 4 |
| 2.1.2 Sykehjem | s. 4 |
| 2.2 Smerte | s. 4 |
| 2.2.1 Smertevurdering | s. 5 |
| 2.2.2 Observasjonsbasert kartlegging | s. 5 |
| 2.2.3 Doloplus-2 | s. 5 |
| 2.3 Vernepleiefaglig kompetanse | s. 6 |
| 2.3.1 Helsefaglig kompetanse | s. 6 |
| 2.3.2 Vernepleierens kjerneroller | s. 6 |
| 2.3.3 Kunnskapsbasert praksis | s. 7 |
| 2.4 Personsentrert omsorg | s. 7 |
| 3.0 Metode | s. 7 |
| 3.1 Innledende litteratursøk | s. 8 |
| 3.2 Systematisk litteratursøk | s. 9 |
| 3.3 Valg av fagfellevurderte artikler | s. 11 |
| 3.4 Litteraturmatrise | s. 12 |
| 3.5 Analyse | s. 17 |
| 4.0 Resultat | s. 17 |
| 4.1 Kompetanse, kunnskap og erfaring hos helsepersonell | s. 18 |
| 4.2 Doloplus-2 | s. 18 |
| 4.3 Faktorer og barrierer for smertebehandling | s. 19 |
| 5.0 Diskusjon | s. 20 |
| 5.1 Kunnskap, kompetanse og forståelse hos helsepersonell | s. 20 |
| 5.2 Nyttan av å bruke Doloplus-2 som kartleggingsverktøy | s. 22 |
| 5.3 Barrierer mot, og faktorer for, god smertebehandling | s. 24 |
| 5.4 Metodediskusjon | s. 25 |
| 6.0 Konklusjon | s. 26 |
| 7.0 Referanseliste | s. 28 |

1.0 Innledning

Sannsynligheten for å få smertefulle kroniske sykdommer stiger med økende alder, og smerte er en av de hyppigst forekommende symptomene ved høy alder. Mange eldre får ikke tilfredsstillende smertelindring, da spesielt i gruppen eldre med kognitiv svikt. (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 397-398) Mennesker med demens er utsatt for å få mindre optimal smertebehandling enn andre i samme medisinske situasjon, og mangelfull smertemåling pekes på som en viktig årsak til dette. (Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge & Kaasa, 2005, s.1838) Mennesker med alvorlig demens har ikke evnen til å selv rapportere smerter på samme måte som mennesker uten kognitiv svikt. Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy et pekt på som et alternativ for å redusere underdiagnostiseringen av smerte blant mennesker med alvorlig demens på sykehjem, og redusere antallet med uidentifisert og ubehandlede smerte. (Songe-Møller, 2005, s.1838)

Mennesker med alvorlig demens er ikke er i stand til å oppdage, varsle om egen sykdom, smerter eller helseplager, og er avhengig av helsepersonell som observerer, handler og tolker på dens vegne. Vernepleieren er autorisert helsepersonell, og har helsefaglige kunnskap og erfaring som inngår i viktige elementer i miljøterapi, og i møte med enkeltmennesker. (Ellingsen, 2014, s.192-193) Å vurdere smerte hos mennesker som ikke kan selvrapportere er utfordrende. For å kompensere for sviktende språkevne kan man observere atferd som tegn på smerte. (Torvik & Sandvik, 2020, s.405)

Denne litteraturstudien omhandler temaet vernepleieren som ressurs i smertekartlegging hos mennesker med alvorlig demens. Litteraturstudien vil belyse dette temaet gjennom problemstillingen: *«Hvilke faktorer ved vernepleiefaglig kompetanse, og bruk av det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2, kan bidra til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens?»*.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Undersøkelser viser at særlig eldre med kognitiv svikt, eller personer som av andre årsaker ikke får til å formidle sin smerte ikke får tilfredsstillende smertebehandling. Dersom man ikke oppdager eller behandler smerte hos eldre kan dette gi alvorlige helsemessige konsekvenser og medføre redusert livskvalitet. (Torvik & Sandvik, 2020. s. 397-399) Jeg har arbeidet på et Helse- og Velferdscenter, på en skjermet demens-avdeling, siden 2.årspraksisen på vernepleierutdanningen. Det har vært flere episoder med eskalerende, endret eller tilbaketrukket atferd blant enkeltpasienter hvor det er mistenkt smerte som underliggende årsak til

atferdsendringen. Personalgruppen på avdelingen består av flere erfarne syke- og vernepleiere, og jeg har sett at de baserer sin smertevurdering av pasienten på egen observasjonskompetanse. Jeg har forhørt meg på avdelingen, om det finnes valide kartleggingsverktøy som kan brukes som et komplementær-element til den rene observasjonen som gjøres av pasienten. Flere sier at de går ut fra at det er verktøy som finnes, men at de mangler kunnskap eller kjennskap om dette. Dette har bidratt til min interesse for temaet smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens.

I løpet av vernepleierstudiet har vi gjennom undervisning og praksis lært at vernepleierfaglig kompetanse skal bidra til å fremme, og spille på, enkeltindividers styrker og forutsetninger. Vi skal se mennesket bak diagnoser og utfordringer. Vi skal også forankre arbeidet vårt gjennom kunnskapsbasert praksis. Vernepleieren skal ha en helhetlig fremgangsmåte, og tankesett, i møtet med sårbare mennesker. Dette gjør det interessant å se på hvilken ressurs vernepleieren kan være i arbeidet med å skape bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens.

1.2 Avgrensning

Demens består av ulike alvorlighetsgrader: mild, moderat og alvorlig. Denne litteraturstudien tar for seg alvorlig grad av demens da evnen til å selvrapportere smerte er svært redusert, og personen er avhengig av døgnbasert pleie og tilsyn fra helsepersonell. (Skovdahl, 2020, s.422) I denne oppgaven blir begrepet demens brukt, uten å gå inngående inn på de ulike formene av sykdommen, da demens er en felles betegnelse for flere sykdommer og skader med ulik bakgrunn som alle medfører kognitiv sykdom. (Skovdahl, 2020, s. 418) Demens er den viktigste enkeltårsaken til behov for sykehjems plass, og 83% av beboerne i norske sykehjem har demens. (Brodtkorb & Hauge, 2020. s.272) Denne oppgaven er derfor avgrenset til pasienter på sykehjem. Det finnes flere observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som er rettet mot populasjonen denne oppgaven handler om, men denne oppgaven ser på bruk av Doloplus-2, da denne er oversatt til norsk og er utviklet for å kartlegge kroniske smerte hos eldre uten evne til verbal kommunikasjon. (Doloplus, 2022)

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer i vernepleierfaglig kompetanse, og bruk av Doloplus-2 som kan føre til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens. Målet er å få dypere innsikt i hvordan man kan skape en bedre, og mer systematisert praksis på et område som er utfordrende.

1.4 Begrepsavklaring

I oppgaven benyttes begrepene pasient, mennesker med alvorlig demens og kognitiv svikt i ulik grad, dette refererer til populasjonen oppgaven handler om, og er med hensikt benyttet slik da de ulike begrepene passer inn i ulik kontekst. Begrepet helsepersonell blir brukt om de som yter ulike tjenester til populasjonen oppgaven handler om. De inngår i det profesjonelle fagmiljøet rundt pasienten, og kan være fra ulike profesjoner. Det som omhandler kompetanse, ferdigheter og kunnskap spesifikt for vernepleie blir omtalt som vernepleiefaglig kompetanse.

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av syv hoveddeler: innledning, teori, metode, resultater, diskusjon, konklusjon og litteraturliste. Del 2 består av relevant teori for oppgavens tema. Del 3 viser gjennomføringen av det systematiske litteratursøket, samt analyse av artiklene. Del 4 er en sammenfatning av resultatene fra artiklene, og legger grunnlaget for del 5 hvor resultater og teori drøftes opp mot hverandre i en diskusjonsdel. Etter diskusjonsdelen kommer en metodediskusjon, hvor styrker og svakheter ved denne oppgaven blir presentert. Del 6 oppsummerer sentrale funn, og svarer på oppgavens problemstilling. Del 7 inkluderer litteraturlisten som viser anvendt litteratur.

2.0 Teori

2.1 Demens

Begrepet demens er en fellesbetegnelse på et syndrom eller tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Kjennetegn ved demens er kronisk og irreversibel kognitiv svikt, redusert hukommelse, endret sosial atferd og redusert/sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte. Det må også kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til sykdommen. Demens er en kronisk tilstand, kan ikke kureres og forverrer seg over tid. (Engedal&Haugen. 2018, s.18) *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (WHO, 2019) oppgir også svikt i en rekke høyere kortikale funksjoner som omhandler blant annet språk, ny-læring, innlæring, orientering, dømmekraft og evne til å oppfatte og tenke. Videre må det også utelukkes at tilstanden skyldes forgiftning, bivirkninger av medikamenter eller delirium, og tilstanden må ha hatt en varighet på minimum 6 måneder. (WHO, 2019) Demens gir økende kognitiv svikt etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det finnes forskjellige former for demens, men felles er at det gir kognitiv sykdom. Kognitiv funksjon kan enkelt forklares med evnen til å

innhente og oppfatte informasjon fra omverden, lagre den, og så planlegge og handle ut fra den informasjonen. (Skovdahl, 2020, s.417)

2.1.1 Kognitiv svikt

Denne oppgaven handler om mennesker med alvorlig grad av demens, i denne fasen befinner de fleste seg på sykehjem og har behov for døgnbasert pleie og omsorg. Hukommelsen er sterkt svekket i denne fasen, og språkevnen er sterkt redusert. Mye av kommunikasjonen med andre foregår non-verbalt og/eller med hudkontakt. Kroppslige forandringer i denne fasen er gangproblemer, inkontinens, manglende finmotorikk og vekttap. (Engedal&Haugen, 2018, s.81)

2.1.2 Sykehjem

Sykehjem skal dekke behovene, og ivareta eldre som ikke lenger klarer seg med den hjelpen hjemmebaserte helsetjenester og familie kan gi. Sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester, og det er den enkelte kommune som har ansvar for å utforme et tilpasset, nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorgstilbud for sine borgere. (Brodtkorb & Hauge, 2020. s. 263) Det er den helsefaglige ledelsen i de ulike kommunene som har det overordnede ansvaret for at lover og forskrifter blir fulgt ved organisering og planlegging av et tjenestetilbud. Men i det daglige virke med pasientene, er det helsepersonalet som har ansvar for å innfri lover og forskrifter. (Brodtkorb & Hauge, 2020. s. 263) Beboere i sykehjem har en betydelig svekket helsetilstand, og de fleste beboerne med vedtak om langtidsopphold har en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer. (Brodtkorb & Hauge, 2020. s.272)

2.2 Smerte

Ifølge den *Internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP)* er smerte «*en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade*» (IASP, 2021) Videre oppgir de noen nøkkelpunkter for smerte som at: den er alltid personlig, varierer og blir påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Opplevelse av smerte skal respekteres, kan påvirke livskvalitet og funksjon og kommer til uttrykk i ulik atferd. Dette er en viktig presisering som inkluderer mennesker med manglende evne til å kommunisere egen smerte verbalt. (IASP, 2021)

I studien «Smerteevaluering av demens» (2009) vises det til at redusert hukommelse og språkbeherskelse er hindringer som gjør at mennesker med alvorlig demens ikke får til å uttrykke smerte. Dette kan føre til underdiagnostisering og mangelfull smertebehandling. Mennesker med alvorlig demens, og kombinert Alzheimer demens og vaskulær demens

er mer utsatt for ubehandlet smerte enn pasienter uten demens. Hos denne pasientgruppen vil observasjon av atferd, sykehistorie, kartlegging av smerterelaterte diagnoser og kroppsundersøkelser gi viktig informasjon. Det kan være en viktig forutsetning for vurdering av pasientens atferd relatert til smerteproblematikk, at dette blir gjort av helsepersonell som kjenner pasienten fra daglig stell og pleie. (Husebø, 2009, avsnitt 5)

2.2.1 Smertevurdering

Presis og riktig smertevurdering utført av helsepersonell er en faktor for vellykket smertebehandling. Undersøkelser av smerter hos mennesker med moderat og alvorlig demenssykdom kan kreve bruk av et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy. (Torvik & Sandvik, 2020, s. 397-398) Husebø (2009) viser til at evaluering og behandling av smerte hos mennesker med alvorlig demens er avhengig av stabilt, kompetent og motivert personell. (Husebø, 2009, avsnitt 5)

2.2.2 Observasjonsbasert kartlegging

Det er utviklet ulike verktøy som skal bidra til å vurdere smerte, og forbedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens. Disse er basert på observasjoner av pasientens atferdsuttrykk. Studien «Pain in patients with dementia» (2012) oppgir stønning, klynking, rynking i ansiktet og motvilje til å røre, eller bevege deler av kroppen som eksempler på atferd som ofte er relatert til smerte. Rastløs vandring, irritasjon eller å motsette seg pleie er atferdsuttrykk som er mer utypiske, men som kan være atferdsuttrykk for smerte hos mennesker med demens. Enkelte ganger kan samme pasient ha overlappende eller motstridende atferdsuttrykk, og det kan gjøre at helsepersonell under-diagnostiserer eller undervurderer tilstedeværelsen av smerte hos denne pasientgruppen. (Husebø, Achterberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose & Strand, 2012, s.245)

2.2.3 Dolplus-2

Denne oppgaven ser på bruk og nytte av Doloplus-2 som et observasjonsverktøy til mennesker med alvorlig demens. Doloplus-2 er utviklet i Frankrike, og består av en skala av 10punkter, delt i 3 subgrupper: somatikk, psykomotorikk og psykososialitet. Resultat eller score lik eller over 5 antyder smerte, men ved nærliggende resultat skal tvilen komme pasienten til gode og det anbefales start av smertestillende behandling. Ved reduksjon av resultat/score etter dette, kan det tyde på at det var smerte som lå til grunn. Utviklerne av Doloplus-2 oppfordrer brukere av verktøyet til å se på enhver endring i atferd som indikator på smerte, ikke kun på resultat. (Doloplus, 2022)

2.3 Vernepleiefaglig kompetanse

I rammeplan for vernepleierutdanning (2005) heter det at vernepleiere (...) «skal ha kunnskap, ferdigheter og holdninger som gir grunnlag for å yte tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker. Yrkesutøvelsen skal bygge på likeverd og respekt på enkeltmenneskets integritet og sette brukermedvirkning i fokus.» (Rammeplan for vernepleierutdanningen, 2005, s.4)

2.3.1 Helsefaglig kompetanse

Den helsefaglige kompetansen utgjør en viktig faktor i den vernepleierfaglige kompetansen, og rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005) sier blant annet at vernepleiere skal ha kunnskap om medisinske og naturvitenskapelige emner, pleie og omsorg, kunnskap om kroppens oppbygging og funksjoner, sykdom, helse, funksjonsnedsettelse, farmakologi og medikamenthåndtering. (2005, s.3-4) En vernepleier skal også kunne å identifisere, tolke og vurdere enkeltindividets behov for pleie, omsorg og iverksette og følge opp individuelle tiltak. (Ellingsen, 2014. s.194) Det tilhører kompetansen å være observerende, analyserende, utredende og iverksettende. Symptomer hos mennesker med kognitiv svikt og redusert ytringsevne er vanskelig å tolke. Vernepleiefaglig kompetanse innebærer kunnskap og kompetanse om kommunikasjon, herunder ligger bevisstheten om at ulike uttrykksformer kan både være motstridende og forvirrende for den som skal tolke det. (Ellingsen, 2014, s.205) Der man yter tjenester til mennesker som ikke selv kan rapportere smerte eller ubehag, er det viktig at vernepleieren har bredde i sitt kunnskapsgrunnlag for å unngå at signaler blir feiltolket eller oversett. Denne breddekunnskapen inngår ikke bare i helsefag, men tilhører hele den vernepleierfaglige kompetansen som inneholder ulike fagområder som er integrert i hverandre. (Ellingsen 2014, s.203)

2.3.2 Vernepleierens kjerneverker

I arbeid med mennesker er det viktig å være bevisst sin egen yrkesrolle, dette er nødvendig for å kunne reflektere over egen praksis, og for å være i stand til å bruke egen kompetanse på en fleksibel måte. (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s.33) Møter med mennesker med kognitive nedsettelse og/eller store kommunikasjonsvansker stiller krav til kompetanse innen tolkning av uttrykksformer og innhold. Tolkningen må basere seg på relevant kompetanse om hva som kjennetegner kognitive funksjonsnedsettelse både generelt og hos personen det gjelder. (Nordlund, Thronsen & Linde. 2015, s.20-22) Vernepleierens partnerrolle bygger på relasjonskompetanse. Dette innebærer samhandling på individnivå. Brukerperspektiv, aktiv lytting og handlingskompetanse er

viktige faktorer her. Vernepleierens kjerne roller (Brask et.al. 2016, s.33) er en refleksjonsmodell for å gjøre det enklere å diskutere vernepleierens varierende posisjoner og tilnærminger i praksis, og den kan bidra til å vise hvilke rolleforventninger som er typisk for det vernepleiefaglige arbeidet. Videre skriver de at vernepleiere må være fleksible og kompetente i sitt arbeid, da ingen mennesker eller situasjoner er like, og dette stiller krav til at vernepleieren må være i stand til å trekke ut nødvendig kompetanse i ulike situasjoner. De ulike kjerne rollene flyter inn i hverandre alt etter hvilke situasjon og problemstilling man står ovenfor, det er derfor nødvendig med fleksibilitet hos vernepleiere til å bevege seg mellom rollene. (Brask et.al., 2016, s.40)

2.3.3 Kunnskapsbasert praksis

Vernepleiefaglig arbeid skal baseres på kunnskapsbasert praksis. Nordlund et.al (2015) sier at å arbeide kunnskapsbasert innebærer innhenting av kunnskap fra både skriftlige og muntlige kilder, forstå at innhentet kunnskap har ulike styrker og svakheter, og vurderes kritisk i den sammenhengen den skal benyttes sammen med tjenestemottaker. Det innebærer at vernepleiere skal både å vite og å gjøre, og sentralt for kunnskapsbasert praksis står behovene og ønskene til pasienten. Vernepleiere skal kunne begrunne sine faglige beslutninger og handlinger, da det profesjonelle arbeidet ikke skal være tilfeldig, det skal basere seg på kunnskap. (Nordlund et.al. 2015, s. 32-37)

2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i den enkeltes pasients opplevelser, ønsker, verdier, behov og ivaretagelse av integritet og verdighet. Denne tilnærmingen til mennesker med alvorlig demens kan føre til at tjenestene unngår å bli standardiserte og rutinepregede, og heller har et helhetlig og individuelt tilpasset omsorgstilbud for den enkelte pasient. Personsentrert omsorg følger ikke et standardisert oppsett, men er bygget på en rekke viktige prinsipper for å oppfylle den enkelte pasients behov for å motta pleie og omsorg med en helhetlig tilnærming. (Kirkevold et.al., 2020, s. 98-99)

3.0 Metode

Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode for å belyse oppgavens problemstilling: «*Hvilke faktorer ved vernepleiefaglig kompetanse, og bruk av det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2 kan bidra til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens?*» Metoden gjør at fremgangsmåten blir systematisk og spesifikk, da en litteraturstudie innebærer å arbeide systematisk med å oppsummere og sammenstille relevant forskning og eksisterende

kunnskap innenfor tema i denne oppgaven. (Universitetet i Oslo, 2015: Thidemann, 2019, s.79) Den systematiske tilnærmingen til søkeprosess og søkestrategier gjør at andre kan følge de samme stegene i denne oppgaven og komme frem til samme konklusjon. Det blir etterprøvbart. (Thidemann, 2019, s.74) Selv om fremgangsmåten til en litteraturstudie er satt opp trinnvis på en systematisk og strukturert måte, er det en iterativ prosess som betyr å jobbe seg frem og tilbake mellom de ulike trinnene, notere ned ulike artikler og søkeord. (Thidemann, 2019, s.82)

Denne litteraturstudien inkluderer fem fagfellevurderte vitenskapelige artikler som er oppsummert og sammenstilt i en litteraturmatrise. De inkluderte artiklene er sentrale for besvarelsen av problemstillingen, og for å belyse temaet. Det systematiske litteratursøket er satt opp trinnvis og starter med et innledende litteratursøk som viser hva som la grunnlaget for det systematiske litteratursøket.

3.1 Innledende litteratursøk

Det innledende litteratursøket ga innsikt i noe av den ulike litteraturen og forskningen som eksisterer fra ulike kilder knyttet til problemstillingen for denne oppgaven.

Innledende søk ble gjennomført i pubmed, webofscience, researchgate og oria, med kjernebegrep: "identifying pain+dementia". Første søk var et generelt søk for å få et oversiktsbilde over noe av forskningen, og litteraturen som finnes på å identifisere smerte blant personer med demens. Dette søket viste at det foreligger mye forskning og litteratur knyttet til temaet på denne oppgaven. Kategorien "identifying pain" og "dementia" var svært omfattende, og ved å gå gjennom noe av dette fagstoffet ble det enklere å identifisere nøkkelord og relevante søkeord for temaet. Strategien for valg av leste artikler i det innledende søket var å lese artikkeltitler, merke meg begreper og nøkkelord, og skimlese abstrakt på de artiklene som kunne virke relevante for min litteraturstudie. Det innledende søket var med å legge grunnlaget for utfylling av PICO-skjema.

Det er i det systematiske litteratursøket kun benyttet engelske ord/begrep, dette er utført slik grunnet lite relevant, og mangelfull litteratur med norske søkeord (identifisere smerte+ demens). Gjennomgangen av fagstoffet innledningsvis ga grunnlaget for oversetting av begreper. Fagdatabaser jeg valgte å benytte i det systematiske litteratursøket var Web of Science og PubMed, da disse dekker fagfeltet til denne litteraturstudien, opplevdes oversiktlig og tilgjengelig, og inneholder bred internasjonal forskning. Det er valgt å inkludere to av de innledende søkene i søketabellen, for å vise hvilket grunnlag søkeordene er hentet fra.

3.2 Systematisk litteratursøk

«Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart.»

(Thidemann, 2019, s. 82) Rammeverket PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Thidemann, 2019, s 83) ble benyttet før søket etter de fem fagfelleverderte artiklene startet. PICO skal bidra til å vise oppgavens formål, og bidra til å avgrense søk. Den avdekker også hva man kan inkludere og ekskludere, og identifiserer søkeord og begreper nyttige å ha med videre inn i arbeidet med å gjøre strukturerte søk i de valgte databaser. (Thidemann, 2019, s.82-83)

Tabell 1: PICO

| Population/problem | Intervention(hva) | Comparison (alternativer) | Outcomes (resultater) |
|--|---|---------------------------|---|
| Sykehjemspasienter med alvorlig demens med udiagnostiserte smerter (somatisk) | Smerte Demens Observasjonsbasert-smertekartleggingsverktøy Identifisere smerte | Ingen | Bedre smertebehandling. Kompetanse/kunnskap blant helsepersonell Utilstrekkelig smertebehandling Effektivt verktøy |

(Hentet fra: Thidemann, 2019, s.82-83)

For å finne de fem forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven ble det brukt systematisk litteratursøk. Søket var planlagt ut ifra Tabell 1: PICO, men måtte utvikles og snevres inn underveis for å finne artikler relevant for problemstillingen. Norske søkeord ga for lite relevans, og ble tidlig oversatt til engelsk for å få et større utvalg av relevante internasjonale og skandinaviske artikler.

Søkehistorikken (tabell 2) er satt opp som løpende tekst i skjemaform da det blir oversiktlig og skaper god flyt. Søkehistorikken er datert, og viser utviklingen på søkene over tid. Søkene blir mer systematisk og strukturert utover søkeperioden. (Thidemann, 2019, s.88.89) Tabell 2: søk nr.1 og 2 viser det generelle søket som ble gjort innledningsvis. Jeg har valgt å inkludere disse i søkehistorikken da de viser behovet for å konkretisere søkeordene mer slik at de ble mer rettet til oppgavens tema. Gjennom å lese mange titler, og å skimlese abstrakt la disse søkene grunnlaget for valg av søkeord i tabell 2: søk nr.3 Utvidelsen ved å legge til "paintools" ga treff på artikler som omhandlet observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy hos populasjonen denne oppgaven handler om. Artikler lest ved dette søket, ga grunnlag for søkeord lagt til i tabell 2: søk nr.4: "observational", og behov for en avgrensning på å kun inkludere artikler fra de siste 10årene for å få et mer spisset treff. I dette søket ble første artikkel inkludert. I tabell 2: søk nr.5 ble søkeordet "pain tools" byttet ut med "assessment"

og "norway". Grunnlaget for dette var funn i artikkel 2, og det var ønskelig å finne en artikkel med norske forfattere og forskning. Artikkel 2 ble inkludert, og søkeordet "Doloplus-2" ble benyttet fra tabell 2: søk nr 6, sammen med en avgrensning på artikler siste 10år. Dette ga mindre treff, men det ble mer spisset mot problemstillingen. For å sikre en bredere tilgang til artikler knyttet til oppgavens tema, og å sikre at tematikken ble belyst med artikler av god nok kvalitet og innhold inkluderer tabell 2: søk nr.7 "behavioural observation", og tabell 2: søk nr.8 "social educator".

Tabell 2: Søkehistorikk Databaser: Web of Science og Pubmed

| Søke dato | Søk nr. | Søkeord og kombinasjoner | Avgrensninger Database | Antall treff | Leste abstract | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------|---------|--|-----------------------------------|--------------|----------------|----------------|---|
| 07.03.22 | 1 | Pain+dementia | 0 Webofscience | 2900 | 33 | 0 | 0 |
| 07.03.22 | 2 | Pain+dementia | 0 Pubmed | 3783 | 27 | 0 | 0 |
| 10.03.22 | 3 | Identifying pain+dementia+pain tools | Artikler Webofscience | 112 | 14 | 6 | 0 |
| 10.03.22 | 4 | Pain+dementia+pain tools+observational | Artikler, siste 10år Webofscience | 68 | 19 | 13 | 1 Doloplus-2 pain assessment: an effective tool in patients over 85yaers with advanced dementia and persistent pain |
| 16.03.22 | 5 | Dementia+pain+assessment+norway | 0 Pubmed | 58 | 11 | 6 | 1 The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home pasients with cognitive impairment |
| 16.03.22 | 6 | Pain+dementia+doloplus-2 | Artikler, siste 10år webofscience | 18 | 9 | 2 | 1 Pain prevalence among residents living in nursing homes and its |

| | | | | | | | |
|----------|---|--|-----------------------|---|---|---|--|
| | | | | | | | assosiation with quality og life and well-being |
| 23.03.22 | 7 | Pain+dementia+doloplus-2+behavioural observation | Artikler webofscience | 3 | 2 | 2 | 1 Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home pasients- an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting |
| 24.03.22 | 8 | Pain+dementia+doloplus-2+social educator | Artikler webofscience | 1 | 1 | 1 | 1 Pain Assessment Strategies in Home Care and nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey |

(Hentet fra: Thidemann,2019, s.89)

3.3 Valg av fagfelleverderte artikler

For å komme frem til de fem inkluderte artiklene i denne oppgaven, ble det satt opp en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier basert på tema og problemstilling.

(Thidemann, 2019, s.83-84) Tabellen ble brukt aktivt for å se om artiklene var relevant for min problemstilling basert på kriteriene i tabell 3. Strategien som ble brukt i valget av de inkluderte fagfelleverderte artiklene var å først lese titler på de artiklene hvor tittelen inneholdt ord som kunne være relevante for tema og problemstilling. Ut ifra det valgte jeg å lese abstrakt på 116 artikler. Av de var det 30 artikler som så mest relevant ut for denne oppgaven. Disse ble lest i sin helhet, og inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt aktivt for å velge ut de fem fagfelleverderte artiklene.

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|----------------------|
| Fagfelleverdert artikkel | Systematic review |
| Sykehjemspasienter | Eldre enn 20år |
| Manglende selvrapporingsevne/kognitiv svikt | |
| Doloplus-2 | |
| Engelsk eller norsk språk | |
| Smerte | |
| Helsepersonell | |

3.5 Litteratormatrise

Denne aktuelle litteraturstudien inkluderer fem vitenskapelige artikler som i denne delen er oppsummert, og sammenstilt i en litteratormatrise. Litteratormatrisen er basert på et rammeverk av Thidemann (2019, s.95)

Tabell 4: Artikkel 1

| | |
|--|--|
| Full referanse | 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> 2010 10:9 https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9 |
| Hensikten med studien | Undersøke bruken av Doloplus-2 blant nonverbale pasienter ved sykehjem, og evaluere dens reliabilitet og validitet ved å sammenligne sykepleieres beregning av pasientenes smerte mot resultatene fra Doloplus-2. |
| Metode | Tverrsnittstudie Doloplus-2 ble brukt for å observere smerteatferd blant sykehjemspasienter over 65 år ute av stand til å selvrapporere smerte. I tillegg noterte sykepleiere ned deres opplevelse av pasientsmerten på et ja, nei, vet ikke-skjema. Data fra medisinske diagnoser, demografi og foreskrevet smertebehandling ble hentet ut fra pasientjournaler. Daglig fungering ble målt, og deltakerne ble screenet med Mini Mental State Examination (MMSE). Studien ble utført på 7 ulike sykehjem i Midt-Norge, i perioden september 2005-may 2006. |
| Utvalg/ populasjon | 77 sykehjemspasienter, 75% kvinner og gjennomsnittsalder på deltakerne var 86 år (SD 6.6, mellom 68-100). Over 50% var avhengig av bistand til pleie fra medium til høy grad, og alle hadde betydelig nedsatt kognitiv fungering. Deltakerne var nonverbale beboere på sykehjem, uten selvrapporeringsevne. |
| Hovedfunn | Flere pasienter ble kategorisert med smerte ved bruk av Doloplus-2 sammenlignet med sykepleierens vurderinger uten bruk av verktøy. Sykepleierne klarte ikke å avdekke smerte hos 1/3 del av pasientene, og er med å støtte påstanden om at Doloplus-2 er et nyttig verktøy for å anslå smerte blant denne gruppen. Uavhengig av disse funnene, så må også sykepleiere bruke sin kliniske erfaring, da atferd som uttrykker smerte kan være ulik fra pasient til pasient. Kartlegging av smerte krever kunnskap om pasienten. Utfordrende å skille mellom smerteatferd og annen type atferd. Er av betydning for å avdekke smerte. Kan være en risiko for å overrapportere eller underrapportere smerte. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Ettersom dette er en tverrseksjonal studie, benytter den flere tilnærminger i forsøket med å validere Doloplus-2. Den inkluderer mange deltakere, på flere sykehjem, over en lengre periode. Publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, og forskerne for denne studien står med mye publisert annen forskning. Svakheter: Studien er fra 2010. Det blir pekt på av forfatterne at det er en risiko for en overrapportering av smerte blant pasientene i den perioden studien ble utført, da det var økt fokus på å observere smerteatferd blant helsepersonellet og dette kan ha påvirket resultatene noe. I tillegg til dette har ikke Doloplus-2 en "vet-ikke" mulighet i utfylling av skjemaet. Da kan helsepersonellet bli tvunget til å ta en avgjørelse selv om de er usikre. |
| Redegjort for etiske overveielser | Pårørende eller verger mottok skriftlig informasjon om studien, og ga samtykke på vegne av pasienten. Pasientene mottok muntlig informasjon, og kunne trekke seg fra studien når som helst. Dette selv om verge/pårørende hadde gitt samtykke på vegne av de. Ettersom pasientgruppen som var inkludert i studien har kognitiv nedsettelse ble retningslinjene til Den nasjonale forskningsetisk komite for medisin: Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning fulgt. I tillegg ble studien godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). |
| Relevans | Denne studien er relevant for denne oppgaven da den ser på validering av Doloplus-2, inkluderer observasjonskompetanse/klinisk skjønn hos helsepersonell, og studien er utført i Norge. Studien ble publisert i 2010, så det er ikke ny forskning, men anser at dataene er verdifulle da forskningen er gjort på norske sykehjem, pasienter og helsepersonell. |

Tabell 5: Artikkel 2

| | |
|------------------------------|--|
| Full referanse | Sjølund, B-M., Mamhidir, A-G. & Engstrøm, M. 2021. Pain prevalence among residents living in nursing homes and its association with quality of life and well-being. <i>Scand J Caring Sci.</i> 2021; 35: 1332-1341 https://doi.org/10.1111/scs.12955 |
| Hensikten med studien | Målet med denne studien var å undersøke forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere. Studien ser på bruk av ulike smertekartleggingsverktøy i sammenheng med kognitiv status, og ser på sammenhenger mellom smerter og livskvalitet. |
| Metode | Tverrsnittstudie. Innsamlet data gjennom intervju ved bruk av standardisert protokoll. Instrument brukt: Katx index of ADL, Mini Mental State Examination (MMSE), Quality of life in Late Stage Dementia, WHO-5 Well-being index, Numeric Rating Scale og Doloplus-2. |
| Utvalg/ populasjon | 213 sykehjemspasienter. Gruppe A 130 deltakere og gruppe B 83 deltakere. Må ha bodd på sykehjem minst en måned, ikke ha anslått kort levetid/palliativ pleie. Inkluderer pasienter med ulike grader av kognitiv svikt. |
| Hovedfunn | Utfordrende å avdekke smerte blant gruppen med kognitiv nedsettelse, anbefaler bruk av et fler-komponent observasjonsverktøy når selvrapporing ikke er et alternativ. Viktig med kunnskap og kjennskap til pasienten ved manglende selvrapporingsevne. Observasjonsbasert verktøy bør brukes regelmessig. Må basere seg på flere faktorer, ikke kun ansiktsuttrykk, da atferdsuttrykk for smerte varierer fra person til person. Dette gjør at enkelte observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy "mangler noe" Det er en høyere risiko for at det skjer en underrapportering av smerte blant gruppen med kognitiv nedsettelse. Får mindre smertelindrende medikamenter. Kan se ut som det er behov for systematisk bruk av observasjonsbaserte verktøy for å redusere smerte blant eldre med kognitiv svikt. Helsepersonell med lang erfaring kan vurdere at det ikke er behov for kartleggingsverktøy, da de stoler på egen kjennskap til pasienten, og egen observasjonskompetanse. Utilstrekkelig kunnskap om helse hos eldre, negative holdninger til bruk av verktøy og en overvurdering av egen kompetanse kan være barrierer i smertebehandling. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Personalet fikk mye trening og opplæring i bruk av verktøy før studien. Verktøyet som ble benyttet er validert. Mange deltakere med i studien fra 2020. Fra Sverige, mer valid overføringsverdi til norsk helsevesen. (min vurdering) Svakheter: Artikkelforfatterne peker på at ettersom personalet viste om studien, vil det alltid være en risiko for at det kan ha påvirket resultatet noe. Kan ha ført til en overrapportering. Ulike personer som har samlet inn data, dette kan ha påvirket. Kan være en mulighet for høyere registrering av smerte blant beboerne på grunn av at personalet var bevisst/påvirket av studien. |
| Relevans | Jeg har valgt denne artikkelen da den ser på flere ulike kartleggingsverktøy, sammenligner funn mellom de pasientene som kan selv-rapportere, og de som ikke kan selv-rapportere smerte, og anser den som relevant ift. min valgte problemstilling og tema. |
| Etiske overveielser | Pasientene mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien, informert om at deltakelse var frivillig og at samtykket kunne trekkes når som helst. For de uten samtykkekompetanse, var det verge/pårørende som ga samtykke på vegne av. Godkjent av Regional Ethical Review Board. Etiske retningslinjer fulgt fra The Declaration og Helsinki and national ethical principles (CODEX) |

Tabell 6: Artikkel 3

| | |
|--|--|
| Full referanse | Monacelli, F., Vasile Nurse, A., Odetti, P. & Traverso, N. 2013. Doloplus-2 pain assessment: an effective tool in patients over 85 years with advanced dementia and persistent pain. <i>La Clinica terapeutica. Mars 2013.</i> https://doi.org/10.7417/CT.2013.1516 |
| Hensikten med studien | Undersøke smertenivå blant sykehjempasienter med demens etter bruk av det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2 i et år. Undersøke om det er et verktøy som kan være nyttig i et daglig arbeid med systematisk smertekartlegging. Om det har en effekt over lengre tid. |
| Metode | Longitudinell kohortstudie. Følger samme gruppe/populasjon med sammenligning av data sammenlignet før og etter 1år. Observerer og registrerer scores. Intervju av helsepersonell i forhold til nytteverdien av det standardiserte verktøyet Doloplus-2. |
| Utvalg/ populasjon | 23pasienter, 18kvinner og 5menn. Gjennomsnittsalder: 88.1år +/- 2,4år. Beboere på et italiensk sykehjem med 90 sengeplasser. 40% (36stk) av beboerne har moderat til alvorlig demens. Inklusjonskriterier for disse var 75år+, må ha moderat-alvorlig demens (gradert med MMSE<20/30), nedsatt kommunikasjonsevne og/eller manglende evne til å selvrappportere smerte ved bruk av et smerteskjema/smerteskala. |
| Hovedfunn | Lovende resultater med tanke på effekten av Doloplus-2. Doloplus-2 er et pålitelig verktøy til å avdekke smerte blant mennesker med høy alder og moderat-alvorlig demens. Viser reduksjon av smerte blant fokusgruppen etter systematisk bruk av Doloplus-2. Re-undersøkelsen etter et år viste en reduksjon av smerte blant alle undersøkte pasienter. Verktøyet er klinisk anvendelig og hendig. Klinisk nytteverdi som diagnostisk verktøy blant målgruppen. Positiv utvikling blant personalet med fokus på smertekartlegging. Mer fokus på pasientene, opplæring og utdanning av personalet. Langsiktig arbeid ga bedring i rutine ang. tilfredsstillende smertehåndtering. Viser hvor viktig det er at personell som utfører smertekartleggingen kjenner pasientenes atferdsuttrykk godt. Er i daglig kontakt med. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Verktøyet er benyttet over 1år. Gir data før og etter. Bevisst på at mangel av kontrollgruppe kunne gitt enda sterkere validitet. Svakheter: Studien er utført på en liten gruppe pasienter, og ikke med kontrollgruppe. Forskning utført på italiensk sykehjem, er dette overførbart til Norge? Eldre over 85år, gjelder ikke alle med alvorlig demens? Kun positiv omtale av Doloplus-2, ingen kritikk ved. |
| Relevans | Fokus på nytteverdi for helsepersonell som skal administrere dette i daglig virke. Viser mer langsiktig bruk av verktøyet. Eldre over 85år, men er overførbart til min studie da risikoen for demensforløp øker med stigende alder. Lever lengre etc. |
| Redegjort for etiske overveielser | Forskere bak studiene regnet det som uetisk med kontrollgruppe da det betyr at noen ikke mottar behandling over en lengre periode. Ikke funnet redegjørelse for etisk godkjenning av noen instanser i løpende tekst. |

Tabell 7: Artikkel 4

| | |
|--|--|
| Full referanse | Hølen, C.H., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, JH., & 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> 2005: 19: 411-417 https://doi.org/10.1191%2F0269216305pm1031oa |
| Hensikten med studien | Oversette den franske versjonen av Doloplus-2 til norsk, teste validiteten, sjekke opplevd nytteverdi blant helsepersonellet, om oversettelsen var god nok. Om helsepersonell opplever at deres observasjoner/observasjonsevne er forbedret ved bruk av Doloplus-2 og om det er mulig å innlemme verktøyet i daglig bruk ved norske sykehjem. |
| Metode | Kvantitativ validitetsstudie. Doloplus-2 ble tatt i bruk av erfarne helsepersonell som var kjent med pasientens miljø og daglig fungering. Observasjon av pasientens atferd og fyller ut skjema for smerte etter observasjon av tilstedeværelse av smerte etter faktorene i verktøyet. |
| Utvalg/populasjon | 59 pasienter diagnostisert med demens boende på 3 ulike spesialavdelinger/sykehjem for demenspasienter i Trondheim. Ansvarlig sykepleier på avdelingen valgte ut pasientene de mente ikke har evnen til å selvrappportere smerte. Det ble ikke hensyntatt om pasienten hadde smerte eller smertefulle lidelser/sykdommer fra før. |
| Hovedfunn | Den norske oversettelsen ble opplevd, og testet som uproblematisk og godkjent. Alle brukerne ga tilbakemelding på at det ikke var noe som var forvirrende, vanskelig å forstå eller på annen måte problematisk. Positive tilbakemeldinger på verktøyet. Lærerikt om å observere atferdsuttrykk for smerte. Bruk av verktøyet kan være en fordel ettersom den markerer ut viktig smertepunkt, og den standardiserte formen på den gjør diskusjonen rundt/om pasienten mer solid Administrativt gjennomførbar ved at den liten nok. Doloplus-2 er i stand til å avdekke smerte. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Forfattere bak studien viser ikke til noen bestemte styrker ved egen studie. Studien er norsk, og er gjennomført på norske sykehjem. Er den første norske validitetstudien av Doloplus-2. (Egen vurdering) Svakheter: Forfatterne av studien peker på at det kreves mer forskning på feltet. Forskning fra 2005, noe gammelt. (Egen vurdering) |
| Relevans | Denne studien er interessant for min litteraturstudie ved at den søker å validere Doloplus-2 til bruk i Norge. At den ser på om helsepersonells observasjonskompetanse er blitt forbedret etter bruk av Doloplus-2 er også relevant for tema og problemstilling. |
| Redegjort for etiske overveielser | Pasientens pårørende ble informert skriftlig og muntlig om studien, og ble spurt om samtykke på vegne av pasienten. Informert samtykke ble ikke brukt, på grunn av kognitiv nedsettelse. Dersom pasienten eller pårørende ikke ønsket å delta, ble dette respektert/de ble utelukket fra studien. Godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (rek). |

Tabell 8: Artikkel 5

| | |
|--|---|
| Full referanse | Torvik, K., Nortug, B., Brenne, I.K. & Rognstad, M-K. (2015) Pain assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey. <i>American Society for Pain Management Nursing 2015</i> https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.01.001 |
| Hensikten med studien | Ser på ulike strategier for smertevurdering som kan gi best effektiv smertehåndtering. |
| Metode | Deskriptiv tverr-seksjonert survey/undersøkelse. Helsepersonell med ansvar for pasientenes medisin svarte på spørreskjema som omhandlet bruk av ulike strategier for vurdering av smerte. De ulike verktøyene som ble benyttet blant helsepersonellet var: verbal, numerisk, observasjonsbaserte skalaer/skjemaer og standardiserte spørsmål. Datainnsamling foretatt i løpet av en uke i mai-2012. |
| Utvalg/ populasjon | 392 helsepersonell inkludert i studien. 271 ansatte på sykehjem og 121 ansatte i hjemmetjenesten. Hjemmetjeneste og sykehjem i 11 tilfeldig utvalgte kommuner i Midt-Norge |
| Hovedfunn | Regelmessig opplæring, og bruk av smertevurderingsverktøy er nødvendig for helsepersonell i hjemmetjenesten og sykehjem Smerte er et stort problem for sårbare eldre ved norske sykehjem, og smertevurdering er første skritt mot effektiv smertehåndtering. Manglende kunnskap om rutiner og strategier for smertehåndtering og smertevurdering ved norske sykehjem. derfor behov for å undersøke strategier for å vurdere smerte på sykehjem og i hjemmetjenesten Det var mindre regelmessig bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy blant ansatte i sykehjem enn i hjemmetjenesten. Helsepersonellet ved sykehjemmet anså seg mer kompetent på å vurdere og behandle smerte, enn de ansatte i hjemmetjenesten. Evnen til å identifisere ulike smerteuttrykk krever kunnskap om pasienten. Helsepersonellet som er ansatt i hjemmetjenesten hadde et høyere utdanningsnivå enn de som jobber i sykehjem. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Forfatterne påpeker at en av studiens styrker er at det er en stor undersøkelse, med mange deltakere. I tillegg peker de på at ettersom sykehjem og hjemmetjenesten driftes og finansieres av ulike kommuner, kan kvaliteten på kvalifikasjoner på ansatte, ulik pleie, smertevurderingsstrategier og smertevurdering på de ulike plassene variere. For å sikre et representativt prøveresultat ble de inkluderte sykehjemmene og hjemmetjenestene først delt i tre fylker: Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Deretter ble de stratifisert i 3 lag fra liten, medium til stor kommune. En kommune ble trukket ut fra alle de tre lagene, minus Møre og Romsdal som har to ekstra kommuner med. Dette er med på å kvalitetssikre datamaterialet. Svakheter: Forfatterne peker på at en begrensning med denne studien er at resultatet fra denne forskningen kanskje ikke er representativt for andre sykehjem eller hjemmetjenester andre plasser, og at de mangler informasjon fra og om, respondenter som ble invitert til å delta, men som valgte å ikke respondere. Det kan også tenkes at resultatet kan være noe endret om undersøkelsen har blitt utført de nyere år, ettersom dette er en artikkel fra 2015. |
| Relevans | Inkluderer sykepleiere, vernepleiere og andre yrkesgrupper i arbeid både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Undersøkelse gjort i Trøndelag med mange deltakere. Aktuell for denne oppgaven da den omhandler vernepleiere spesifikt, og omhandler helsepersonells vurderinger av smerte, og bruk av ulike verktøy i dette arbeidet. Artikkelen belyser viktige faktorer og barrierer i arbeidet med å fremme god smertebehandling til populasjonen og tema denne oppgaven handler om. Artikkelen viser også behov for bruk av, og kunnskap om observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. |
| Redegjort for etiske overveielser | Godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Et instruksjonsark fulgte hvert spørreskjema som understreket de etiske prinsippene som gjelder taushetsplikt og autonomi. |

3.5 Analyse

Aveyards tematiske analysemodell ble brukt for å analysere artiklene. Dette er et hjelpemiddel for å jobbe strukturert gjennom en analyse av artikler, ved at den er inndelt med ulike trinn. (Thidemann, 2019, s. 96)

I starten arbeidet jeg med å bli godt kjent med innholdet i de utvalgte artiklene ved å dele opp innholdet, og tolke enkeltdele. Resultatdele i artiklene og resultatene fra egne litteraturmatriser (tabell 4-8) la grunnlag for videre analysearbeid ved å vise likheter og forskjeller i de ulike artiklene. Etter dette granskingsarbeidet kom det frem ulike temaer som var gjentakende, og tema som var ulike. Ut fra funn satte jeg opp en tematabell (Thidemann, 2019, s. 97-98) som et hjelpemiddel for å gi strukturert oversikt over funnene fra artiklene. I tabell 9 blir tema dratt ut av analysearbeidet plassert i en kolonne, så leste jeg det på nytt for å finne hvilke artikler som representerte de ulike temaene. Temaene som artiklene representerer, er krysset av.

Tabell 9: Tematabell

| Tema | Artikkel 1 | Artikkel 2 | Artikkel 3 | Artikkel 4 | Artikkel 5 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kompetanse/kunnskap/erfaring | X | X | X | X | X |
| Faktorer og barrierer for smertebehandling | X | X | X | X | X |
| Økonomi | | | X | | X |
| Doloplus-2 | X | X | X | X | X |
| Manglende selvrapporing | X | X | X | X | X |
| Regulering og lovverk | | | | | X |
| Tid | | | X | | |

Tabellen viser 7 tema som er trukket ut fra artiklene og litteraturmatriser, og ut ifra de 7 temaene så var det 4 tema som var tydelig og gjennomgående. Disse 4 temaene er: helsepersonell, faktorer og barrierer for smertebehandling, doloplus-2 og manglende selvrapporing. På bakgrunn av oppgavens omfang og tid ble bare 3 av 4 tema inkludert. Disse 3temaene er mest relevante for denne oppgavens tema og problemstilling, og blir presentert i resultatdelen.

4.0 Resultater

Tre hovedtema ble identifisert i analysedelen: 1.Kompetanse, kunnskap og erfaring hos helsepersonell, 2. Doloplus-2 og 3. Faktorer og barrierer for smertebehandling. I dette kapitlet blir resultatene fra artiklene presentert.

4.1 Kompetanse, kunnskap og erfaring hos helsepersonell

Alle forskningsartiklene viste at helsepersonellet må ha kjennskap til pasientens daglige vaner og atferd for å observere og kartlegge smerte. Torvik et.al (2010), Sjølund et.al (2020), Monacelli et.al (2013) og Hølen et.al (2005) viser til helsepersonellet med lengst erfaring og kjennskap som utførere av kartleggingen. Torvik et.al (2010), Sjølund et.al (2020) og Hølen et.al (2005) går inngående inn på tolkning av ulik atferd som faktorer for å avdekke smerte. Torvik et.al (2020) og Hølen et.al (2005) peker på utfordringer ved å skille mellom spesifikk smerteatferd og annen type atferd, og at kunnskap om atferd er viktig for å tolke dette sammen med psykososiale faktorer. Monacelli et.al (2013) brukte helsepersonell de anså var mest erfaren til å tolke ulike atferdsuttrykk, og helsepersonellet hadde ansvar for daglig pleie og stell av pasientene de kartla. Sjølund et.al (2020) pekte på at helsepersonell som hadde arbeidet på avdelinger lenge kunne vurdere at det ikke var bruk for kartleggingsverktøy, de mente at deres kunnskap om pasienten var tilstrekkelig. Studien peker også på at mangelfull personelltrening og opplæring gjorde at flere ikke var trygge nok på om bruk av verktøyet ga riktige resultater. Fokus og opplæring førte til at helsepersonellet fikk økt oppmerksomhet rundt temaet, viste mer interesse for feltet og det ga selvtillit. Hølen et.al (2005) viser at resultatene på testene er avhengige av ferdighetene til utfører. Torvik et.al (2015) viser at ansatte i sykehjem kan overvurdere sin egen kompetanse i smertevurdering, og derfor benytter smertekartleggingsverktøy i mindre grad. Faktorer som kan spille inn her er at de er en del av et større fagmiljø, og kan diskutere egne observasjoner med kollegaer. Ansatte i sykehjem treffer pasientene regelmessig, og dette kan bidra til en mer helhetlig forståelse og kunnskap om pasientenes behov og daglig atferdsuttrykk. Denne studien peker også på at mer helhetlig forståelse av pasienten kan redusere behovet for bruk av smertevurderingsverktøy.

4.2 Doloplus-2

Monacelli et al (2013) viser til at smertenivået blant pasientene var redusert etter systematisk bruk av Doloplus-2 i et år. Doloplus-2 kan brukes av alle dersom tilstrekkelig opplæring er utført. Verktøyet kan fylle kunnskapsmangler, og er trygt å lene seg på. Hølen et.al (2005) viser til at helsepersonellet opplever skjemaet som enkelt å forstå. Torvik et.al (2015) viser til mangelfull regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy. Standardiserte spørsmål blir oftest benyttet på sykehjem, og dette kan være en hindring ovenfor mennesker med kognitiv svikt. Det er økende behov for disse verktøyene, da andelen eldre med kognitiv svikt øker. Dette gir et større behov for kunnskap og

kjennskap om bruk av atferdsbaserte observasjonsverktøy. Regelmessig trening er en faktor for hvor ofte det blir benyttet. Torvik et.al (2010) viser til at flere pasienter ble registrert med smerter ved bruk av Dolopius-2, sammenlignet med helsepersonellet egne observasjoner. Helsepersonellet rapporterte 1/3 mindre smerter. Denne sammenligningen støtter at Dolopius-2 er et nyttig verktøy for å avdekke smerter blant. Sjølund et al (2020) peker på at det er mangler ved de ulike kartleggingsverktøyene som benyttes i dag, da det er utfordrende å avdekke smerter blant personer med alvorlig demens og manglende selvrappoteringssevne. Torvik et al (2010) viser til risikoen for å overrapportere eller underrapportere tilstedeværelsen av smerte ved bruk av Dolopius-2, da det er utfordrende å skille mellom somatisk smerte og psykisk smerte. Derfor bør Dolopius-2 kun brukes som en av flere strategier for å kartlegge smerter hos mennesker som ikke kan selvrappotere dette. Sjølund et.al (2020) viser til at ettersom det er utfordrende å måle smerte blant de som ikke kan selvrappotere kan det være nødvendig å bruke observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Den peker også på det samme som Torvik et.al (2010), at et slikt verktøy ikke kan benyttes alene, men må inngå som en del av flere strategier. Å finne riktig observasjonsverktøy er viktig, da å undersøke smerte er komplekst. Verktøyet kan overvurdere forekomsten av smerte, da den kun gir indikasjoner på at det er smerte til stede. Hølen et.al (2005) peker på at Dolopius-2 peker ut viktige smertepunkter, og at det derfor kan være et godt verktøy.

4.3 Faktorer og barrierer for smertebehandling

Sjølund et.al (202) viser at utilstrekkelig kunnskap om smerte blant eldre, manglende rutiner for bruk av standardiserte verktøy, at de kan vurdere at de kjenner pasienten så godt at det ikke er behov for kartleggingsverktøy eller at bruk av verktøy er for tidskrevende kan være barrierer for smertevurdering. Torvik et.al (2010) peker på at det må ligge en sikkerhet i bunn om at pasientene ikke viser smerteuttrykk eller endret atferd på grunn av depresjon, avhengighet eller en nylig svekkelse i kognitiv funksjon. Sjølund et.al (2020) viser til at det er en risiko for at smerte blir udiagnostisert, da smerte er vanligere og har større forekomst blant pasienter med kognitiv svikt. Studien peker også på at det er en risiko for underrapportering uten bruk av verktøy, og en overrapportering ved bruk av verktøy. Studien viser også til at smerte er like reel og til stede hos de som ikke kan selvrappotere dette. Når smerte blir underrapportert er det høyere risiko for at den det gjelder ikke mottar nok smertestillende medikamenter eller annen smertebehandling. Dette støttes av Monacelli et.al (2013) som videre nevner at barrierer for smertebehandling nevnes å være atypisk atferd for smerteuttrykk, mangelfull opplæring og kunnskap blant de ansatte og ikke gode nok smertediagnostiske

verktøy. Hvis god smertebehandling i denne gruppen skal fungere, må det finnes rutiner for smertehåndtering på avdelingen. Hølen et.al (2005) viser til upassende undersøkelsesmetoder, undervurdering av smerte og mistillit til det som pasienten selv rapporterer som barrierer for smertebehandling.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil hovedfunn fra kapittel 4: Resultater drøftes opp mot faglitteratur fra kapittel 2: Teori. Diskusjonsdelens mål er å besvare denne oppgavens problemstilling: *“Hvilke faktorer ved vernepleiefaglig kompetanse, og bruk av det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2, kan bidra til bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens?”*

5.1 Kunnskap, kompetanse og forståelse hos helsepersonell

God kjennskap og kunnskap om pasientens daglige behov og atferd for å identifisere smerte er gjennomgående i alle forskningsartiklene. Dette stemmer med at pasienter som ikke kan selvrapporere smerter er en sårbar gruppe som er avhengig av at helsepersonell observerer og tolker deres nonverbale smerteuttrykk. (Torvik & Hauge, 2020. s. 406) For å kunne observere endringer i atferd må det foreligge en relasjon i bunnen, med dette innebærer god relasjonskompetanse. Relasjonskompetansen henger sammen med partnerrollen som er en essensiell del av vernepleierprofesjonen.

Relasjonskompetanse er en handler om å forstå og å samhandle med mennesker med alvorlig demens på en god og hensiktsmessig måte. Vernepleieren må være i stand til å skape kontakt med pasienten, og forstå situasjonen pasienten befinner seg i. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.9)

Monacelli et.al (2013) benyttet i sin studie det de anslo å være det mest erfarne helsepersonellet på avdelingen, dette personalet hadde også god kjennskap og kunnskap om pasientene, da de hadde ansvar for daglig stell og pleie av pasientene de kartla. Denne erfaringen gjorde de bedre i stand til å tolke de ulike atferdsuttrykkene pasienten ga. I arbeid med å tolke atferdsuttrykk kan et brukerorientert perspektiv være nødvendig. Dette handler om å være ressursorientert og vektlegger å frigjøre mulighetene til hvert enkelt menneske man yter bistand til. Brukerorientering handler om å se helheten pasienten er en del av. Det handler om å se pasientens behov i den aktuelle sammenhengen den er en del av. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.250)

Hølen et.al (2005) pekte på at resultatene på kartleggingen var avhengig av ferdighetene til utfører. Både Hølen et.al (2005) og Torvik et.al (2010) pekte på at det er særlig utfordrende å skille mellom spesifikk smerteatferd og annen type atferd, og at det derfor er viktig å ha kunnskap om atferd blant mennesker med alvorlig demens og kognitiv svikt, dette støttes av Torvik et al (2010), Sjølund et.al (2020) og Hølen et.al (2005) Kjernebegrep for partnerrollen er samhandling på individnivå. Tilnærmingen justeres og tilpasses i samarbeid med pasienten. Mennesker med alvorlig demens har begrenset kommunikasjonssevne, dette krever helsepersonell med sensitivitet og som kan aktiv lytting. (Brask et.al, 201, s. 41) Aktiv lytting handler om å spørre seg selv: *hva er det pasienten prøver å fortelle meg nå?* Å vise interesse for det pasienten prøver å formidle, gjennom kroppsspråk og oppmuntring, kan hjelpe pasienten å få formidlet egen smerte. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.268) Personer med alvorlig demens er avhengig av helsepersonell som kan tolke deres kommunikasjonsuttrykk. For å tolke kommunikasjonsuttrykk kreves kompetanse om kommunikasjon. For at den individuelle tilpasningen skal realiseres må den bygges på en anerkjennende relasjon. I dette ligger at helsepersonellet verdsetter pasientens opplevelse og forståelse, og at samhandlingen er bygd på likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet. (Kirkevold et.al., 2020, s.98-99)

Resultater fra studien til Sjølund et.al (2020) pekte på at helsepersonell som har jobbet lenge på avdelingen kunne ha større tendens til å la være å bruke smertekartleggingsverktøy. De vurderte i flere tilfeller, enn mer uerfarent helsepersonell, at deres egen kompetanse var tilstrekkelig for riktig vurdering. Dette støttes av Torvik et.al (2015) som viser til at ansatte i sykehjem kan overvurdere sin egen kompetanse i smertevurdering, og derfor benytter smertekartleggingsverktøy. En overvurdering av egen kompetanse kan føre til at færre får tilstrekkelig smertebehandling. Skau (2017) skriver at det er krenkende å bli oversett, føle at man blir utspurt, men ikke hørt. Det kan også være krenkende å bli undervurdert av mennesker som tror de vet bedre enn den det gjelder. (Skau, 2017 s.37) Som vernepleier er man en profesjonell, dette uttrykker bestemte handlinger som skjer i yrkesutøvelsen og sier noe om handlingenes kvalitet. (Skau, 2017 s. 45) Faktorer som blir pekt på av Torvik et.al (2015) som mulige årsaker i denne sammenhengen, er at helsepersonell som arbeider på sykehjem inngår som en større del av et fagmiljø, og at de kan drøfte egne observasjoner med annet helsepersonell. Videre peker Torvik et.al (2015) på i samme studie at ansatte i sykehjem treffer pasientene mer regelmessig, dette kan bidra til mer helhetlig forståelse og kunnskap om pasientens behov og daglige atferdsuttrykk. Mennesker med kognitiv svikt er avhengig av å omgi seg med pleiere og helsepersonell som har kunnskap og

kompetanse om utfordringer, symptomer og karakteristikk knyttet til diagnosen. Helsepersonellet som bistår, må ha forståelse og kjennskap til sykdommens begrensninger og sårbarhet. Helsefaglig kompetanse handler ikke bare om å ha kunnskap om helse, sykdom og behandling, men om å holde oppmerksomheten og fokuset rett mot helseplager hos de som har vansker med å oppdage, identifisere og formidle dette selv. (Ellingsen, 2014, s. 212) Mennesker med alvorlig demens har samme rett til å få sine smerter behandlet selv om de ikke har evnen til å formidle dette selv.

Torvik et.al (2015) vurderte at det er en mulighet for at en mer helhetlig forståelse av pasienten kan redusere behovet for bruk av smertekartleggingsverktøy. Vernepleiere er autorisert helsepersonell, og plikter å følge krav til faglig forsvarlighet, samtykkekompetanse og omsorgsfull hjelp. I helsefaglig arbeid ligger behandling, forebygging av sykdom og skade, vedlikehold av funksjon, forebygge ytterligere funksjonsnedsettelse og legge til rette for best mulig livskvalitet for den enkelte. (Nordlund et.al., 2015, s.24-25) Ved å bruke prinsipper fra personsentrert omsorg kan flere få sine rettigheter oppfylt. Personsentrert omsorg legger til grunn av helsepersonell tar pasientens erfaringer, synspunkter og verdier på alvor når behandling og pleie utformes. (Kirkevold et.al., 2020, s.98-99) Dette støttes av en studie fra Brownie & Nancarrow (2013) som sier at opplæring i personsentrert omsorg setter helsepersonellet mer i stand til å yte et mer helhetlig og individuelt tilpasset tilbud til den enkelte pasient. (Brownie&Nancarrow, 2013)

5.2 Nyten av å bruke Doloplus-2 som kartleggingsverktøy

Torvik et.al (2010) viser i sin studie til at smerte har vært underrapportert før bruk av Doloplus-2, da smerte-score etter bruk av Doloplus-2 viste at det var 1/3 flere med smerte, enn hva helsepersonellet rapporterte uten bruk av verktøy. Studien deres sammenlignet resultater fra helsepersonellet observasjoner og vurderinger av smerte hos pasientene, mot resultatene etter bruk av Doloplus-2 og anser at dataene fra dette støtter at Doloplus-2 er et nyttig verktøy for å avdekke smerter hos mennesker med alvorlig demens. Klinisk skjønn er nødvendig som et tilleggsverktøy når man benytter observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, da pasienter som ikke kan selvrapporere smerter er en sårbar gruppe som er avhengig av at vernepleiere observerer og tolker deres nonverbale smerteuttrykk. (Torvik & Hauge, 2020. s. 406) Klinisk skjønn inngår i vernepleierens faglige skjønn. Ellingsen (2014) definerer faglig skjønn slik: faglig er teori og erfaring, skjønn er vurdering, refleksjon og bedømming. Han legger også til at kunnskap og erfaring ligger til grunn for å utøve et godt faglig

skjønn. (Ellingsen, 2014, s.27) Et godt faglig skjønn er en viktig faktor for at vernepleiefaglig arbeid skal følge kunnskapsbasert praksis.

Sjølund et.al. (2020) peker på at selv om det er mangler ved de ulike kartleggingsverktøyene som benyttes i dag, er det nødvendig å benytte observasjonsbaserte kartleggingsverktøy da det kan kompensere for at det er særlig utfordrende å avdekke smerter hos pasienter med manglende selvrapporteringsevne. Songe-Møller et al. (2005) viser til at det er godt samsvar mellom en kompetent klinikers vurdering og resultater av målinger med Doloplus-2. (Songe-Møller et.al., 2005, s.1839-1840) En studie fra Husebø et.al (2012) viser til at en vesentlig mangel ved de eksisterende kartleggingsverktøyene er at dersom score er tett oppunder, men ikke over det som er verktøyets nivå for smerte, så behøver ikke dette bety at ikke smerte er til stede. De oppfordrer til en bevissthet blant helsepersonell om at de ulike demenssykdommene kan gi enten forsterket smerteutrykk, eller en forminskert atferd for smerte. (Husebø et.al, 2012, s.246-247) Dette støtter tidligere nevnte punkter om at helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap og kjennskap til pasientens diagnostiske karakteristikk. Det anbefales i disse tilfellene å starte prøvemedisinering, og så sammenligne resultater fra måling med Doloplus-2 før og etter prøvemedisineringen. (Dololus, 2022)

Resultater fra studien til Monacelli et.al (2013) viste at smertenivået blant pasientene ble redusert etter systematisk bruk av Doloplus-2 i et år. De viser også til at Doloplus-2 kan fylle kunnskapsmangler hos helsepersonell, dersom tilstrekkelig opplæring og trening i bruk av verktøyet blir gjort. Dette støttes av Torvik et.al (2015) som sier at regelmessig trening er en nødvendig faktor for hvor ofte det blir benyttet. Torvik et.al (2010) anser verktøyet som trygt å benytte i smertevurdering i denne pasientgruppen. Dette støttes av funn fra Hølen et.al (2005) som sier at helsepersonellet som var inkludert i studien opplevde verktøyet som enkelt å lære seg, tidseffektivt og lett å bruke i daglig arbeid.

Resultater fra studien til Torvik et al (2015) viser at standardiserte spørsmål blir benyttet oftest på sykehjem, og at dette kan være en hindring i effektiv smertevurdering i møte med mennesker med alvorlig demens. Røkenes & Hanssen (2002) sier at god kommunikasjon er når det er samsvar mellom det budskapet som blir sendt, og det budskapet som blir oppfattet. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.241). Dette kan gi behov for et smertekartleggingsverktøy som kompenserer for sviktende kommunikasjonsevne, forståelse og manglende selvrapporteringsevne.

5.3 Barrierer mot, og faktorer for, god smertebehandling

Torvik et.al (2015) viser til at det er et økende behov for gode, valide observasjonsbaserte verktøy, da andelen eldre med kognitiv svikt øker. Dette vil føre til et større behov for kunnskap og kjennskap om atferdsbaserte observasjonsverktøy. Studien til Monacelli et.al (2013) fulgte arbeidet med å kartlegge smerte ved bruk av Doloplus-2 over en lengre periode. Data fra denne studien pekte på at om ikke personalet fikk nok opplæring og trening i bruk av verktøyet, ga dette usikkerhet rundt om verktøyet ga riktige eller gode nok resultater. Videre så de at ved å ha fokus på, og tilstrekkelig opplæring i bruken, førte til at helsepersonellet fikk økt fokus på smertevurdering og smertebehandling, som igjen førte til økt interesse for temaet.

En risiko ved at det blir økt fokus på smertekartlegging blant helsepersonell er at dersom ønsket om å hjelpe handler for mye om å oppnå resultater, kan arbeidet bli for handlingsivrig og man kan miste fokuset på pasientens ønsker og behov. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.15) I vernepleiefaglig kompetanse finnes forståelse, oppmerksomhet og beredskap ovenfor den man skal yte tjenester til ved behov for helsehjelp og medisinsk behandling. Som helsepersonell er det viktig å vise faglighet og trygghet. (Ellingsen, 2014, s.208) Beboere på langtidsopphold på sykehjem med svært redusert evne til å ivareta egne behov har behov for personell som kan yte aktiv medisinsk behandling for komplekse sykdomstilstander, i et godt og helsefremmende pleie- og omsorgsmiljø. I tillegg skal miljøet være helsefremmende, inkluderende og ivaretakende, slik at den enkelte pasient kan ha et hverdagsliv bestående av mening, aktivitet, et skjermet privatliv og respekt for dens vaner og preferanser. (Brodtkorb & Hauge, 2020. s. 267) Sjølund et.al (2020) beskriver at barrierer for smertevurdering kan være at helsepersonellet ikke har tilstrekkelig kunnskap om smerte blant eldre. Det kan være manglende rutiner for smertevurdering og smertehåndtering på de ulike avdelingene. For å ha en hensiktsmessig smertehåndtering er det behov for både kartlegging og behandling, dette kan være komplekst hos eldre da det kreves at den er individuelt tilpasset, planlagt og tilstrekkelig omfattende. (Torvik & Sandvik, 2020. s. 400) Hølen et.al (2005) nevner valg av upassende undersøkelsesmetoder og en undervurdering til det pasienten selv rapporterer eller uttrykker ubehag ved som barrierer for smertevurdering.

Monacelli et.al (2013) har gjennom sin studie sett at dersom god smertebehandling skal realiseres må det finnes, og etableres, gode rutiner for dette. Resultater fra en studie

utført av Brownie& Nancarrow (2013) viser til at helsepersonell som jobber på sykehjem som følger prinsipper fra personsentrert omsorg trives bedre og er mer tilfreds. Dette kan komme av at de opplever at den pleie og omsorg de utfører er av god kvalitet. Opplæring i personsentrert omsorg setter helsepersonellet mer i stand til å yte et mer helhetlig og individuelt tilpasset tilbud til den enkelte pasient. (Brownie&Nancarrow, 2013) Vernepleierens relasjonskompetanse handler om å forstå hva som skjer i samspillet med pasienten. For å legge til rette for et godt samspill, hvor pasienten kan få utfolde og uttrykke seg, må mennesker med alvorlig demens bli møtt av helsepersonell og vernepleiere som ser på de som selvstendig handlende individer. De må se forbi diagnosens begrensninger, og respektere deres integritet og rett til selvbestemmelse gjennom å bli hørt og forstått. Dette er i tråd med den helhetlige forståelsen som ligger i grunn for god relasjonskompetanse hos vernepleieren og andre hjelpere. (Røkenes & Hanssen, 2002, s.11)

Sjølund et.al (2020) peker på en risiko for å under-diagnostisere smerte, ettersom det er vanligere og har større forekomst blant pasienter med kognitiv svikt. Når smerte blir underdiagnostisert er det en fare for at det blir mange pasienter som ikke mottar nok smertestillende medikamenter eller annen smertebehandling. Studien til Monacelli et.al (2013) støtter også dette funnet ved at studien deres viser at denne gruppen har mindre sannsynlighet for å motta tilstrekkelig smertebehandling enn andre. Helsepersonell kan ha en tendens å forklare symptomer og plager som en del av den naturlige aldringsprosessen, i stedet for å knytte det til sykdom som kan behandles. (Kirkevold et.al, 2020, s. 106-17)

5.4 Metodediskusjon

Jeg startet denne oppgaven med kunnskap om at det i fremtiden vil komme et økende antall eldre med kognitiv svikt på norske sykehjem. I arbeidet på sykehjem har jeg selv kjent på behovet for å ha verktøy som kan avkrefte eller validere smerte blant mennesker som ikke selv kan rapportere dette. Et verktøy som kan systematisere og strukturere både hva mine egne vurderinger og observasjoner sier, men også hva tall og funn fra et standardisert observasjonsverktøy viser. Jeg var derfor bevisst dette, slik at det ikke skulle påvirke innhentet data. Allikevel er det en risiko for at denne forforståelsen kan ha påvirket mitt valg av de fem fagfelleverderte artiklene, og valg av anvendt teori. I de fem inkluderte artiklene er 3 norske studier (Torvik et.al (2010), Hølen et.al (2005) og Torvik et.al (2015)), 1 er svensk (Sjølund et.al (2020)) og 1 er fra Italia (Monacelli et.al. (2013)). Dette kan bidra til at overføringsverdien av resultatene fra disse studiene blir mer valide til bruk på norske sykehjem, da både Sverige og Italia

har likhetstrekk til norsk helsevesen. Det som kan ha svekket overføringsverdien er at to av artiklene er eldre enn 10år, og det kan være grunnlag til å tro at det har kommet nyere og mer oppdatert kunnskap på enkelte deler i denne forskningen. For å sikre at dette ikke ga svakheter ved denne studien ble det inkludert en artikkel fra 2020 (Sjølund et.al, 2020), publisert i 2021. Funn fra denne studien støtter relevante funn fra studien fra Torvik et al. (2010) og Hølen et.al. (2005), og ble brukt til å belyse denne litteraturstudiens problemstilling. Dette bidrar til å redusere svakheten ved at disse artiklene er eldre enn 10år. Inkluderingen av Hølen et.al (2015) ansås som relevant selv om denne forskningen er gammel, da den søkte å validere Doloplus-2 til bruk på norske sykehjem, og dette er tett knyttet til oppgavens hensikt som er å få dypere innsikt i hvordan man kan skape en bedre, og mer systematisert praksis på et område som er utfordrende. Alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk, og dette er ikke mitt morsmål, så selv om det ble lagt mye arbeid i oversette, å forstå artiklenes innhold, vil det være en risiko for at oversettingsfeil og misforståelser har blitt gjort gjennom oppgaven. De inkluderte artiklene har en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode. Thidemann (2019) peker på at i forskning kan det være en styrke å kombinere forskning med ulik metodisk tilnærming, da svakheter ved en metode, kan oppveies med styrker fra en annen metode. Når du får samme resultater ved bruk av ulike metoder, er det sterke argumenter for at studiens resultater er gyldige. (Thidemann, 2019, s.77)

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at bedre smertebehandling hos mennesker med alvorlig demens kan oppnås ved bruk av Doloplus-2 og vernepleiefaglig kompetanse dersom følgende faktorer er til stede:

Den som skal bruke et observasjonsbasert kartleggingsverktøy må ha kjennskap, forståelse, kunnskap og kompetanse til pasientens daglige atferd. Dette er essensielt for å avdekke en endring i atferd som kan skyldes smerte. Det er også nødvendig med kunnskap om kommunikasjon for å tolke den non-verbale kommunikasjonen mennesker med alvorlig demens benytter.

Doloplus-2 kan ikke benyttes som eneste strategi for å avdekke smerter hos mennesker med alvorlig demens, og manglende selvrapporteringsevne. Vernepleierens kompetanse kan bidra til at smertekartlegging med bruk av Doloplus-2 kan gjøres på en god måte,

ved å bruke sin relasjons-, og handlingskompetanse for å skape rom for et helhetlig pasientperspektiv som er i tråd med prinsipper fra personsentrert omsorg.

Prinsipper fra personsentrert omsorg kan skape et mer helhetlig og individuelt tilpasset system rundt den enkelte pasienten. Disse prinsippene er tett knyttet opp mot vernepleierens kjerne roller, og det er grunn til å gå ut ifra at å arbeide personsentrert vil inngå som en naturlig del av vernepleiefaglig praksis dersom vernepleieren er bevisst sin egen yrkesutøvelse. Dette er i tråd med prinsippene for kunnskapsbasert praksis.

Å være i stand til å observere endringer i atferd er en essensiell del i smertevurdering hos mennesker med alvorlig demens. Vernepleierens partnerrolle handler om god relasjonskompetanse, og å være brukerorientert. Aktiv lytting er en del av kommunikasjonskompetansen til en vernepleier. Å være oppmerksom og interessert i hva mennesker med alvorlig demens prøver å fortelle gjennom sin atferd, kan bidra til at flere får gitt uttrykk for smerter og dertil bedre smertebehandling.

7.0 Litteraturliste

Association Doloplus (2022, 11.mai) *The doloplus scale*. Hentet 11.05.22 fra: <https://www.doloplus.fr/en/the-doloplus-scale/>

Brask, OD., Østby, M. & Ødegård, A. (2016) Vernepleierens kjerneroller. *En refleksjonsmodell*. 2opplag, 2017. Fagbokforlaget. Bergen

Brodtkorb, K., & Hauge, S. (2020) Sykepleie i sykehjem, s.262-279. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (red.) Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Gyldendal Norsk Forlag 2020, Oslo

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013) Effects of personcentered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013; 8:1-10 <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Ellingsen, KE. 2014. Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. 3.opplag 2017. Universitetsforlaget. Oslo

Engedal, K., & Haugen PK. (2018) Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling. Forlaget Aldring og helse- akademisk, 2018. Tønsberg.

Husebø, B-S., Achterberg, W-P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J & Strand, LI. (2012) Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22 (2): 243-251 <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1572>

Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009 129:1996-8 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>

Hølen, C.H., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, JH., & 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* 2005; 19: 411-417 <https://doi.org/10.1191%2F0269216305pm1031oa>

International Association for the study of pain. IASP (2021) Terminology. Pain terms and definitions. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (2020) Geriatrisk sykepleie. *God omsorg til den gamle pasienten*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag 2020, Oslo.

Monacelli, F., Vasile Nurse, A., Odetti, P. & Traverso, N. 2013. Doloplus-2 pain assessment: an effective tool in patients over 85 years with advanced dementia and persistent pain. *La Clinica terapeutica*. Mars 2013. <https://doi.org/10.7417/CT.2013.1516>

Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015) Innføring i vernepleie. *Kunnskapsbasert praksis Grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget 2015. Oslo

Regjeringen (2005) Rammeplanen for vernepleierutdanningen. Lest 11.05.22, Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Røkenes, OH. & Hanssen, P-H. (2002) Bære og Briste. *Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 4.opplag, 2017. Fagbokforlaget. Bergen.

Skau, G.M. (2017) Gode fagfolk vokser. *Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5utg, 2opplag. Cappelen Damm AS, 2017. Oslo

Skovdahl, K. (2020) Kognitiv svikt, s.416-441. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (red.) (2020) Geriatrisk sykepleie. *God omsorg til den gamle pasienten*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag 2020, Oslo.

Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J.C., Loge, JH., & Kaasa, S. (2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen nr.13-14, 2005; 125: 1838-1840*

Sjølund, B-M., Mamhidir, A-G. & Engstrøm, M. (2021) Pain prevalence among residents living in nursing homes and its association with quality of life and well-being. *Scand J Caring Sci*. 2021: 1332-1341 <https://doi.org/10.1111/scs.12955>

Thidemann, I-J. (2019): Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. *Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. 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* 2010 10:9 <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9>

Torvik, K., Nortug, B., Brenne, I.K. & Rognstad, M-K. (2015) Pain assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey. *American Society for Pain Management Nursing* 2015 <https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.01.001>

Torvik, K. & Sandvik, N.M,RK (2020) Smerte, s. 397-415. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (red.) (2020) Geriatrisk sykepleie. *God omsorg til den gamle pasienten*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag 2020, Oslo.

WHO (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) Lest den 24.04.22 fra <https://www.who.int/classifications/icd>

