



# **Smertekartlegging** hos sykehjemsbeboere med demenssykdom

Kandidatnummer: 689  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i EMNE 14

Antall ord: 8 932  
Dato: 23.04.2019

<b>ABSTRAKT</b>	<b>Lovisenberg diakonale høgskole</b> Dato 23.04.2019
<u>Tittel</u> Smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren kartlegge smerter hos pasienter med demens på sykehjem? <u>Teoretisk perspektiv</u> Pasienter med demens er en sårbar gruppe, og kartlegging av smerteproblematikk krever sykepleiefaglig kompetanse. Samtidig er bruken av psykotrope legemidler høy hos denne pasientgruppen. Demens og smerter som fenomen, bruken av psykotrope legemidler hos pasienter med demens, sykepleierens ansvarsområder og tre smertekartleggingsverktøy: CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 blir omtalt. <u>Metode</u> Litteratursøk i databasene CINAHL og BMC Geriatrics. 12 innhentede artikler gjennom ulike søk, både systematiske oversiktsartikler og forskningsartikler. <u>Drøfting</u> Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, undervisende funksjon, administrative funksjon og fagutviklende funksjon omtales i møte med pasienten med demens og smerteproblematikk, og hvordan sykepleieren anvender egen faglig kompetanse og bruken av ulike smertekartleggingsverktøy (CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2) i møte med pasienter med demens. Sykepleierens lindrende og behandlende funksjon omtales ikke i oppgaven ut over der det er naturlig. Fokuset i oppgaven ligger kun på smertekartlegging som utfordring, og ikke smertelindring og behandling. <u>Konklusjon</u> Smertekartlegging hos pasienter med demens ser ut til å være en kompleks oppgave som krever sykepleiefaglig oppfølging av pasienten og opplæring av personell. Bruken av smertekartleggingsverktøy er relevant da de kan fange opp og konkretisere ulike problemer, men det ser ut til at alle verktøy har både styrker og svakheter. Basert på innhentet forskning ser det ikke ut til å være et konkret verktøy som er best, men at avdelingens kunnskapsnivå og praksiskultur, sykepleierens kunnskapsnivå og pasientens vilje til samarbeid, supplert med ulike kartleggingsverktøy er avgjørende for å kunne møte problemstillingen.	

(Totalt antall ord: 252)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Tema.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3	Problemstilling .....	1
1.4	Begrepsavklaring og definisjoner .....	2
1.5	Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>4</b>
2.1	Demens.....	4
2.2	Smerte .....	4
2.2.1	Bruk av psykotrope legemidler hos pasienter med demens.....	5
2.3	Sykepleierens ansvarsområde.....	6
2.4	Smertekartlegging hos personer med demens.....	6
2.4.1	CNPI.....	9
2.4.2	Doloplus-2 .....	9
2.4.3	MOBID-2.....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Litteratursøk .....	10
3.2	Annen relevant litteratur.....	11
3.3	Kildekritikk .....	12
3.4	Oversiktstabell over søk, anvendte treff og relevans for oppgaven.....	13
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater (litteraturmatrise) .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>20</b>
5.1	Sykepleierens ansvarsområde i møte med smerter og demens .....	20
5.1.1	Pasientens rett til korrekt helsehjelp .....	21
5.2	Utfordringer ved smertekartlegging hos pasienter med demens.....	22
5.2.1	Bruk av pårørende i smertekarteleggingen .....	23
5.3	Utfordringer ved institusjonens og ansattes kompetanse- og språknivå .....	24
5.3.1	Sykepleieren som faglig leder .....	24
5.3.2	Behovet for god og relevant dokumentasjon .....	24
5.3.3	Språkutfordringer hos pleiere .....	25
5.4	Ulike kartleggingsverktøy .....	25
5.4.1	CNPI.....	26
5.4.2	Doloplus-2 .....	27
5.4.3	MOBID-2.....	29
5.5	Pasientens reduserte mulighet til selvbestemmelse .....	29
5.5.1	Etiske dilemmaer ved redusert mulighet til selvbestemmelse .....	31
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>33</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>34</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Tema

Demens er et økende helseproblem på grunn av økning i forventet levealder. Samtidig er økt alder assosiert med ulike helseproblemer, for eksempel kroniske smerter, ofte som følge av sykdommer i bevegelsesapparatet og nevropati (Husebø, Strand, Moe - Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2009). Smerter hos eldre pasienter medfører lidelse, svekker livskvaliteten og gir økt risiko for blant annet depresjon og angst (Bjørø & Torvik, 2013; Rustøen & Stubhaug, 2010). Sykepleierens praksis i møte med smerteproblematikk er viktig for god smertelindring, særlig hos pasienter med demens som ofte uttrykker smerter gjennom atferdssymptomer. Denne smerteatferden hos pasienter med demens kan blant annet mistolkes som psykisk uro, og føre til feil behandling, for eksempel bruk av psykotrope legemidler (Haasum, Fastbom, Fratiglioni, Kåreholt & Johnell, 2011).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg begynte å jobbe ved en skjermet enhet for demenspasienter da jeg var 18 år. Møte med pasientene, inntrykket av sykepleierne som jobbet der, eget ønske om kompetanseutvikling og opplevelsen av en meningsfull arbeidssituasjon, førte til at jeg begynte på sykepleierutdanningen. Jeg har senere jobbet ved en annen skjermet enhet og en somatisk enhet på sykehjem, og erfarer pasienter med demens som en utsatt pasientgruppe på grunn av tap av kognitiv funksjon og manglende evne til å argumentere for egne behov og ønsker. Jeg valgte derfor å skrive en bacheloroppgave som tar for seg smertekartlegging hos denne pasientgruppen, fordi jeg opplever at kompetanse er nødvendig for å observere og kartlegge smerter og for å kunne møte pasientens behov for tilpasset og individuell smertelindring.

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleieren kartlegge smerter hos pasienter med demens på sykehjem?*

Problemstillingen vil besvares med utgangspunkt i selve smertekartleggingen, ulike forhold som bør ligge til rette for å målrettet kartlegge smerter, og tre ulike kartleggingsverktøy som kan anvendes i kartleggingen. Oppgaven vil ikke ta for seg videre tiltak basert på resultat fra kartleggingen, og sådan ikke omhandle sykepleierens behandlende og lindrende funksjoner.

Demens er en samlebetegnelse for flere ulike sykdommer, men alle demenssykdommene kjennetegnes av kognitiv svikt i ulikt omfang og ulike påvirkning av kognitive funksjoner (Engedal & Haugen, 2009). Problemstillingen vil besvares med utgangspunkt i grunnleggende symptomer som følge demens, og særegne symptomer av ulike former for demens vil ikke bli omtalt. Flere steder i teksten nevnes blant annet sykepleierens kunnskapsgrunnlag og sykepleierens observasjoner som viktige for aktuelle forhold, og herunder er kunnskap om den enkelte pasientens helsetilstand og behov for sykepleiefaglig intervensjon alltid et essensielt aspekt for å kunne gi individuell og personsentrert sykepleie, selv om dette ikke alltid spesifikt nevnes.

## **1.4 Begrepsavklaring og definisjoner**

### **Demens:**

Engedal og Haugen (2009, s. 20) definerer demens som:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

### **Smerte:**

Helsedirektoratet (2019) definerer smerte som:

En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv. Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold.

Første del av definisjonen er en direkte oversatt fra Merskey og Bogduk (1994, s. 210) og blir brukt flere steder i pensumlitteratur, blant annet i Geriatrisk sykepleie (Bjørø & Torvik, 2013, s. 333). Den internasjonale forening for smerteforskning (IASP) bruker også denne definisjonen (IASP, 2019).

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp med en innledning, en teoridel, en metodedel med en litteraturmatrikse, en drøftingsdel og en avslutning.

I teoridelen omtales relevant teori om demens som fenomen, smerter som fenomen, bruken av psykotrope legemidler hos pasienter med demens, sykepleierens ansvarsområder og tre smertekartleggingsverktøy: CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2.

I metodedelen begrunnes utførte søk, valg av søkeord og valg av forskningsresultater. En oversiktstabell over ulike søk, søkemetoder og relevante treff er vedlagt. En litteraturmatrikse i henhold til gjeldene retningslinjer er vedlagt.

I drøftingsdelen omtales sykepleierens ansvarsområder, herunder sykepleieren som faglig leder og behovet for relevant dokumentasjon. Språkutfordringer hos pleiere og forholdet mellom språk og smerter omtales. I tillegg omtales bruken av pårørende i smertekartlegging. Forskningsresultater basert på de tre verktøyene CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 omtales også. Drøftingsdelen avsluttes med å fokusere på pasientens autonomi. I oppgaven anvendes begrepene «pasient», «beboer» og «sykehjemsbeboer» synonymt, og fokuset ligger alltid på mennesker med demenssykdom med mindre annet spesifiseres.

## 2 Teori

### 2.1 Demens

Alzheimer sykdom står for minst 60% av alle tilfeller av demens i Norge, deretter utgjør vaskulær demens om lag 20-25%. De aller fleste demenssykdommene er progredierende og den syke vil etter hvert bli hjelpetrengende (Engedal & Haugen, 2009). Følgene av en demenssykdom er gradvis tap av ulike kognitive ferdigheter og funksjoner og ulike atferdsmessige og psykiske endringer (Solheim, 2015).

Demens kan deles inn i primær degenerativ demens og degenerativ demens. Primær degenerativ demens gjelder sykdommer som alltid fører til demens, herunder Alzheimers sykdom, demens med Lewy legemer og frontotemporallappdemens. Degenerativ demens gjelder demens av sykdommer med mer ukjent natur. Eksempler er Parkinsons sykdom og Huntingtons sykdom. Ikke alle personer med slike degenerative hjernesykdommer utvikler demens (Engedal & Haugen, 2009).

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, den tiende versjon) er i Norge i dag mest brukt som klassifikasjonssystem for ulike sykdommer. Demens defineres her som et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, vanligvis av kronisk karakter, og kjennetegnes av svikt i kortikale funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, evne til innlæring og tenking, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svekkelsen ledsages av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. Dette medfører redusert evne til å utføre daglige aktiviteter og delta i et sosialt liv (Engedal & Haugen, 2009).

### 2.2 Smerte

Opp mot 30% av befolkningen i Norge rapporterer langvarige ikke kreftrelaterte smerter (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Landmark, Romundstad, Borchgrevink, Kaasa & Dale, 2011; Rustøen et al., 2004). Mennesket blir ikke vant til å ha smerter, tvert imot mister en sitt overblikk og overskudd, og langvarig smerte gir risiko for blant annet angst og depresjon (Frølich, 2011). Ifølge Corran, Farrell, Helme og Gibson (1997) vises det til at eldre mennesker har mindre tendens til å fortelle om smerter av samme

somatiske lidelser, og påpeker at svekket hukommelse og konsentrasjon, depresjon, svekket hørsel og kommunikasjonsutfordringer kan svekke evnen til å uttrykke egne smerter.

Danielsen, Berntzen og Almås (2016) skiller mellom akutte og kroniske smerter. Akutte smerter er kortvarige, og normalt forsvinner når den utløsende årsaken er leget. Kroniske smerter er vedvarende over 3 måneder. Videre kan smerte deles inn i: nociseptive smerter, nevropatiske smerter og idiopatiske smerter. Nociseptive smerter oppfattes av nociseptorer og deles inn i somatiske smerter (overflatisk fra hud eller dyp fra bevegelsesapparatet) og viscerale smerter (fra indre organer), disse kan gi overført smerte til andre organer, som for eksempel utstrålende smerter i armen ved hjerteinfarkt (viscerale smerter som oppfatter kjemisk påvirkning av hjertemuskulaturen, her som følge av iskemi). Nevropatiske smerter gjelder skader eller sykdommer i nervesystemet, kan ofte være vanskelige å kartlegge, samtidig som smertepåvirkningen ofte er svært uttalt og kan komme ilende og brutalt ved liten mobilisering eller svak berøring. Smerten kan oppstå perifert mens den nevropatiske dysfunksjonen foreligger sentralt. Idiopatiske smerter er smerter hvor årsakssammenhengen er ukjent (Danielsen et al., 2016).

Psykogen smerte omtales ikke i Danielsen et al. (2016), men omtales som en egen type form for smerte flere ulike steder (Koenig, 2003; NHI, 2019). Danielsen et al. (2016) viser likevel til at smerte som fenomen er en svært sammensatt opplevelse, og påvirkes av en rekke faktorer som kan forverre smertene, særlig en følelse av ensomhet i egne smerter. Psykogen smerte har ingen fysisk årsak, men innebærer at psykiske lidelser kan gi utslag som kroppslig besvær, herunder smerter. Dette gjelder særlig depresjoner og angstlidelser, og herunder at frykten for at smertene kan tyde på noe alvorlig kan forsterke smertene. Smerter fra bevegelsesapparatet og fordøyelsessystemet nevnes å ha stor sammenheng med psykisk tilstand. En mulig sammenheng er viktig å observere. Som nevnt, blir ikke mennesker vant til å ha smerter, men mister en sitt overblikk og overskudd, og langvarig smerte gir risiko for angst og depresjon (Frølich, 2011).

### **2.2.1 Bruk av psykotrope legemidler hos pasienter med demens**

NORGEP-kriteriene lister farmakologiske uheldige forskrivninger til eldre pasienter (>70 år), herunder psykofarmaka, og ble publisert av Rognstad et al. (2009). Observasjonsstudier utført av Nyborg, Brekke, Straand, Gjelstad og Romøren (2017) tok utgangspunkt i NORGE-



kriteriene i hensikt å kartlegge bruken av potensielt upassende legemidler hos eldre sykehjemsbeboer i Norge. Artikkelen konkluderer med et høyt nivå i bruken av psykotrope legemidler i sykehjem (67,9%), og påpeker at bruken av psykotrope legemidler er større hos pasienter med bedre ADL-funksjon. Artikkelen trekker korrelasjoner mellom bedret ADL-funksjon og økende atferds- og nevropsykiatriske symptomer, og derav økt bruk av psykotrope legemidler. Nyborg et al. (2017) viser til Lövheim, Sandman, Kallin, Karlsson og Gustafson (2006) og Husebø, Ballard, Sandvik, Nilsen og Aarsland (2011). Lövheim et al. (2006) viser til at sykehjemsbeboere med demenssykdom som har mulighet til å reise seg opp fra stoler og utøver en større arbeidsbelastning for pleiere er oftere ordinert antipsykotiske legemidler enn andre beboere. Husebø et al. (2011) viser til at smertebehandling hos pasienter med demens førte til en reduksjon i agitasjon på 17% i forhold til kontrollgruppen etter 8 uker, samt en reduksjon av nevropsykiatriske symptomer og smerter. Videre påpekes det at effektiv smertebehandling kan redusere unødvendig bruk av psykotrope legemidler.

### **2.3 Sykepleierens ansvarsområde**

Sykepleieren har ansvar for at pasienten mottar nødvendig helsehjelp og skal bidra til å bygge opp under et verdig tjenestetilbud, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a andre og tredje ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Herunder har sykepleieren flere funksjonsområder som bidrar til å oppfylle disse. Dette er blant annet den forebyggende og helsefremmende funksjonen, den undervisende funksjonen, den administrative funksjonen og den fagutviklende funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleierens ansvarsområder ovenfor pasienter med demens innebærer blant annet smertekartlegging. Smertekartlegging tar sikte på å lokalisere smertene og kartlegge smerteintensitet. På grunn av smerter som en sykepleiefaglig utfordring i seg selv, samtidig som risikoen langvarig og kronisk smerte utgjør for livskvaliteten og velvære (Frølich, 2011) har sykepleieren et ansvar for å sørge for smertekartlegging hos pasienter med demens som ikke selv kan rapportere dette adekvat. Det er helt nødvendig å kartlegge pasientens helseutfordringer for å kunne gi helhetlig sykepleie (Kirkevold & Brodtkorb, 2008).

### **2.4 Smertekartlegging hos personer med demens**

Smertekartlegging foregår ofte gjennom skjemaer og sjekkpunkter utviklet gjennom kvantitative målemetoder og kvantitativ forskning, gjennom psykometri som fagfelt.

Psykometri omhandler kvantitative målemetoder om psykologiske fenomener, herunder smertekartlegging. Kartlegging ved bruk av ulike psykometriske skalaer er mye brukt på grunn av rask og relativt pålitelig informasjon. Dette gjelder derimot kun ved riktig bruk. Feilkilder kan komme av egenskaper hos sykepleieren som utfører kartleggingen og forhold ved den som administrerer resultatet. Det kreves derfor forståelse og korrekt fortolkning av resultatene samt kunnskap om den ulike metoden vedrørende det aktuelle kartleggingsverktøyet (Malt, 2018).

I klinisk praksis hos kognitivt klare pasienter brukes ofte VAS-skala (Visuell analog skala) eller NRS-skala (Numeric Rating Scale), hvor begge kartleggingsverktøyene tar utgangspunkt i en smerteigradering fra 0 til 10. Disse er psykometriske skalaer (Castarlenas, Jensen, von Baeyer & Miró, 2017; Hølen et al., 2007). Hos pasienter med kognitiv svekkelse kan disse være utfordrende å forholde seg til, og er derfor ofte ikke egnet som smertekartleggingsverktøy. Det finnes ytterligere og mer krevende flerdimensjonale smertekartleggingsmetoder, mest brukt i Norge er Brief Pain Inventory og McGills smerteskjema, men disse vil ikke bli ytterligere omtalt i oppgaven pga. dårlig egnethet hos pasienter med demens (Rustøen & Stubhaug, 2010). Det finnes tre ulike observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som er på norsk og validert i ulike grupper eldre; Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer (CNPI), Doloplus-2 og MOBID-2 (Torvik, 2012).

En systematisk oversiktsartikkel utgitt av Herr, Bursch, Ersek, Miller og Swafford (2010) sammenligner 14 ulike smertekartleggingsverktøy beregnet på å kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere uten verbalt språk. Funnet baserer seg på gjennomgang av 27 forskningsartikler og fire oversiktsartikler ervervet via PubMed, CINAHL og PsycINFO. Disse ble gitt en skår mellom 0-3 på flere faktorer, blant annet relevans, pålitelighet og validitet og en derav en totalskår. Halvparten av smertekartleggingsverktøyene, som fikk høyest skår, var CNPI (1,78), Doloplus-2 (1,72), EPCA-2 (1,99), MOBID (1,67), NOPPAIN (2,09), PACSLAC (2,13) og PAINAD (2,18). Denne artikkelen tok utgangspunkt i den første MOBID-kartleggingsverktøyet (Husebø, 2008), og MOBID-2 ble utviklet senere og med forskning om dens psykometriske validitet i 2010 (Husebø, Strand, Moe - Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010). NOPPAIN omtales i Horgas, Nichols, Schapson og Vietes (2007) hvor det konkluderes med at verktøyet fokuserer på personer med mild til moderat demens, mens er dårlig egnet for pasienter med alvorlig demens. En annen nyere systematisk oversiktsartikkel

(Lichtner et al., 2014), vurderer 23 artikler. Den påpeker den store mengden av flere ulike smertekartleggingsverktøy hos kognitivt svekkede eldre, men konkluderer med at ingen kartleggingsverktøy kan anbefales basert på for lite bevisgrunnlag vedrørende alle verktøyenes pålitelighet, validitet og klinisk nytte.

Ifølge Cunningham, McClean og Kelly (2010) innebærer evaluering av mulig smertepåvirkning hos pasienter med demens å blant annet stille enkle spørsmål og kartlegge informasjonen svarene gir. Ulike ord og lyder kan anvendes av sykepleieren for å utforske pasientens reaksjon på å høre et enkelt ord eller lyder eller lyder pasienten gir. Sykepleieren kan på denne måten kartlegge hvilke lyder eller ord pasienten assosierer med smerte, og derav gi pasienten en mulighet til å bli bevisst samtalens tema: smerter. Hos pasienter som har mulighet til å svare verbalt, kan enkle setninger benyttes, men det er viktig å forstå at pasienten ikke alltid forstår sammenhengen og hensikten ved det som blir sagt. Cunningham et al. (2010) henviser til American Geriatrics Society (AGS) (Persons, 2002) som nevner seks ulike observasjoner sykepleieren behøver i kartlegging av smerter hos pasienter med demens og alvorlig redusert verbalt språk. Dette gjelder observasjon av ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, endringer i daglige rutiner og aktiviteter, endringer i mellommenneskelig samhandling og endringer i mental status. Cunningham et al. (2010) henviser til Abbey smerteskala (Abbey et al., 2004) som fokuserer på disse seks observasjonene. Abbey smerteskala oppnådde en totalskår på 1,36 i oversiktsartikkelen fra Herr et al. (2010), en totalskår lavere enn 10 av 14 kartleggingsverktøy omtalt i artikkelen.

Hos pasienter som ikke kan selvrapporere smerter er observasjonsbaserte smertekartleggingskjemaer å foretrekke. Selvrapporering har lavere validitet hos pasienter med demens enn hos kognitivt friske pasienter (Epps, 2001). Sjekkliste for nonverbale smerteindikatorer (CNPI) (Feldt, 2000), samt MOBID-2 (Husebø, 2008) og Doloplus-2 (Rustøen & Stubhaug, 2010) ved langvarig smerte er å foretrekke (Torvik, 2012). Disse var blant de med høy skår i Herr et al. (2010) rangering av kartleggingsverktøy. Ifølge Torvik (2013) forteller helsepersonell i kommunehelsetjenesten at smertekartleggingskjemaer er nyttig, men at det ikke blir brukt, og at fokus på smertekartlegging og opplæring er mangelfull. Til tross for at smertekartlegging er tiltak sykepleiere kan iverksette selv uten forordning fra lege.

### **2.4.1 CNPI**

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) er en sjekklister primært utviklet for å kartlegge smerter hos pasienter med kognitiv svekkelse etter gjennomgått hofteoperasjon. Sjekklister er bygd opp av 6 ulike punkter: ikke-verbale uttrykk (stønning, skriking, sukking etc), mimikk, klamring (klamrer seg fast i nærliggende gjenstander), uro, gning eller massering av affisert område og høylytte verbale uttrykk (bannord, og ord som «stopp» og «au»). De 6 ulike punktene vurderes med 0 ved ingen observert atferd og 1 ved observert atferd, både ved bevegelse og i hvile/ro (Feldt, 2000).

### **2.4.2 Doloplus-2**

Doloplus-2 er et observasjonsbasert kartleggingsskjema hos pasienter uten mulighet til verbal kommunikasjon. Skjemaet er delt inn i tre hoveddeler: somatiske reaksjoner (herunder klager på smerter, smertelindrende hvilestilling, beskyttelse av smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn), psykomotoriske reaksjoner (herunder stell/påkledning og forflytning) og psykososiale reaksjoner (herunder kommunikasjon, sosial aktivitet og atferd). Alle punktene kan graderes fra 0 til 4, hvor 4 indikerer høyest smerteindikasjon. Skjemaet gir mulighet til vurdering ved 4 ulike tidspunkt (Helsekompetanse, 2019; Hølen et al., 2007).

### **2.4.3 MOBID-2**

Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID) ble utviklet og testet i et doktorgradsprosjekt (Husebø, 2008), og senere videreutviklet til dagens MOBID-2 (Husebø et al., 2010). Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 inneholder 5 ulike konkrete observasjoner sykepleieren kan utføre eller veilede hos pasienten: å åpne begge hender, å strekke armene mot hodet, å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd, å snu seg i sengen til begge sider og å sette seg opp på sengekanten. Disse ulike observasjonene skal undersøkes med tanke på smertelyder, mimikk og avvergelsesreaksjon hos pasienten, og deretter skal sykepleieren gi smerteintensiteten en skår mellom 0 til 10. Deretter skal sykepleieren markere en kroppstegning over mulige smertefulle områder, og gradere 5 ulike områder på pasientens kropp, og vurdere smerteintensiteten fra 0 til 10. Del 1 forsøker derfor å kartlegge smerter fra muskler, skjelettet og ledd. Del 2 forsøker å kartlegge smerter fra hud, hode, munn, nakke, genitalier og indre organer (Husebø, 2008; Husebø et al., 2010).

### 3 Metode

Thidemann (2015, s. 76) beskriver metode som:

*En systematisk fremgangsmåte man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling.*

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie (Thidemann, 2015), da den bygger på flere ulike skriftlige kilder som sammen forsøker å belyse problemstillingen.

#### 3.1 Litteratursøk

Søk i CINAHL: Søker med emneord Dementia AND Pain AND Nursing homes. Innskrenker til akademiske journaler og senest publisert 2009 (ikke eldre enn ti år). Dette gav 61 treff. Med utgangspunkt i problemstillingen og søketreffenes tittel, var 6 artikler relevante. Kun 4 av disse var tilgjengelige. Alle fire artiklene er fagfelleverderte. Dette søket gav derfor artiklene fra Cunningham et al. (2010), Herr et al. (2010), Ersek, Herr, Neradilek, Buck og Black (2010) og Malara et al. (2016).

Søk i CINAHL: Søker med «dementia and pain» (fritekstøk). Dette gav 8 artikler, færre treff enn med samme ord brukt som søkeord. To artikler var relevante. Begge artiklene er fagfelleverderte. Dette gav artiklene Husebø et al. (2010) og Husebø et al. (2009). Disse artiklene omhandler smertekartleggingsverktøyet MOBID-2. Denne ble utviklet og publisert av Bettina S. Husebø (Husebø, 2008). Ifølge Web of Sciences siteringsrapport (Web of Science, 2019) har Husebø, som før 2008 hadde tilnærmet ingen siteringer, nå hatt over 200 siteringer hvert år de siste tre årene, og en jevn vekst fram til nå siden publisering av hennes doktorgrad. Husebø har blitt sitert i over 1 170 andre publikasjoner siden sin doktorgradspublisering i 2008. Dette kan tyde på at hennes forskningsresultater og publikasjoner vedrørende MOBID-2 blir anerkjent, og at MOBID-2 ansees som et holdbart smertekartleggingsverktøy.

Fritekstøk i CINAHL med «MOBID-2» gav 8 treff. Målet med søket var å finne publikasjoner som undersøker MOBID-2 i klinisk sammenheng som ikke er publisert av Husebø. 6 av 8 treff var publisert av Husebø med flere, 1 treff omhandlet ikke MOBID-2. 1

treff fra Nederland (van Kooten, Smalbrugge, van der Wouden, Stek & Hertogh, 2017) ble inkludert. Artikkelen er fagfelleurdert. Fritekststøk i BMC Geriatrics med «MOBID-2» gav 6 treff, hvorav 2 hvor Husebø var medforfatter og de 4 andre hvor MOBID-2 ikke var nevnt som en sentral del av forskningsresultatet eller i artikkelens abstrakt. Ingen ble inkludert.

Fritekststøk i CINAHL med «CNPI» gav 3 relevante treff: Nygaard og Jarland (2006) og Ersek et al. (2010). Artikkelen fra Ersek et al. var allerede funnet som et treff i et annet søk. Søket gav også artikkelen fra Feldt (2000) som var relevant på grunn av litteraturen skrevet generelt om CNPI, men forskningsgrunnlaget var ikke relevant da det var innskrenket kun til eldre pasienter med hoftebrudd.

Fritekststøk i BMC Geriatrics med «doloplus 2» gav 20 treff. Målet med dette søket var å finne forskningsresultater basert på bruk av Doloplus-2 hos pasienter med demens i sykehjem. 3 artikler i søket var relevant for oppgaven basert på artikkelens tittel og abstrakt: Torvik et al. (2010), Hølen et al. (2007) og Rostad, Utne, Grov, Puts og Halvorsrud (2017).

Fritekststøk i BMC Geriatrics med «drug use norway dementia» gav 44 treff. Målet med dette søket var å finne artikler om bruken av psykofarmaka hos pasienter med demens og hvorfor disse legemidlene anvendes hos pasientgruppen. 4 artikler i søket var relevant for oppgaven basert på artikkelens tittel og abstrakt. Dette gav 4 artikler: Torvik et al. (2010), Gulla, Flo, Kjome, Kirkevold og Husebo (2015), Rostad et al. (2017) og Nyborg et al. (2017). Artikkelen fra Torvik et al. (2010) og Rostad et al. (2017) var allerede funnet i tidligere søk.

### **3.2 Annen relevant litteratur**

Demens er en sammensatt lidelse med ulike typer demens, herunder ulike utviklingsforløp og forskjellige endringer i psykologisk, atferdsmessig og motorisk fungering (Engedal & Haugen, 2009). På grunn av oppgavens omfang og fokus utdypes ikke de ulike demenssykdommene nevneverdig, samtidig som anvendt forskning ikke baserer seg på konkrete ulike former for demens. Boken Lærebok Demens fakta og utfordringer av Engedal og Haugen (2009) anvendes likevel i oppgaven, men på bakgrunn av demens som fenomen og de klare skillene fra å være mentalt frisk til å ha en moderat til alvorlig demenslidelse. Engedal og Haugen skriver også gjennomgående om symptomer ved demens, bruk av psykofarmaka, utfordrende atferd, pårørendes situasjon og rettsikkerheten hos pasienter med

demens. Boken har vært en god informasjonskilde gjennom bachelorskrivingen.

Demensguiden av Solheim (2015) anvendes også, men i mindre grad. Solheim fokuserer mer enn Engedal og Haugen (2009) på ulike sosiale behov hos pasienten, det helhetlige fokuset og ulike forhold som skaper livskvalitet i demensomsorgen. Konsekvensen av smerter på pasientens livskvalitet er et viktig sykepleiefaglig perspektiv, men blir kun omtalt overordnet i oppgaven på grunn av oppgavens omfang og problemstillingens fokus.

Nortvedt og Grønseth (2016), kapittel 1 i Klinisk sykepleie bind 1 benyttes som informasjonskilde om sykepleierens funksjonsområder. Oppgaven bygger på den forebyggende og helsefremmende, undervisende, administrative og fagutviklende funksjonen, og drøfte sykepleierens ansvar i møte med smerteproblematikk og kartlegging.

Molven (2012), Sykepleie og jus, blir anvendt i oppgaven, men i tilfeller hvor det henvises direkte til lovverket, henvises dette direkte til Lovdata.no i kildehenvisningene i oppgaven.

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk anvendes for å vurdere om en kilde er troverdig. Kildekritikk benyttes for å vise at den som benytter seg av informasjonen forholder seg kritisk til det som blir sagt (Dalland, 2017), vurdering av troverdighet tar utgangspunkt i objektivitet, nøyaktighet og egnethet (Orgeret, 2018) i kilden. Jeg har forsøkt å benytte nyeste forskning, ikke eldre enn 10 år, i oppgaven. Hvor pensumlitteratur og bøker blir benyttet som er eldre enn ti år, henvises det ikke det forskningsgrunnlag men til generelle beskrivelser av sykepleierens ansvarsområde. Dette gjelder blant annet Geriatrisk sykepleie (Kirkevold & Brodtkorb, 2008) som omhandler kartlegging. Et unntak er forskningsresultat basert på artikkelen fra Hølen et al. (2007) som ble inkludert på grunn av en sterk analyse basert på Doloplus-2.

Forskningsresultater basert på MOBID-2 er i overvekt publisert av Bettina S. Husebø alene eller med flere, dette er observert på bakgrunn av søk som er gjort. Det kan det være at forfatteren har egeninteresse av å fremheve egen forskning med gode forskningsresultater. Artikkelen fra van Kooten et al. (2017) ble derfor inkludert, både på grunn av forskningsresultatet, men også fordi det var ønskelig å fremheve forskning utført av andre enn Husebø vedrørende MOBID-2.

### 3.4 Oversiktstabell over søk, anvendte treff og relevans for oppgaven

Søk	Søkeord/ database	Utvalgte treff	Relevans
1	Dementia AND Pain AND Nursing homes (søk med emneord i CINAHL)	(Cunningham et al., 2010), (Herr et al., 2010), (Ersek et al., 2010) og (Malara et al., 2016).	<p>Cunningham et al. (2010) omtaler kommunikasjonen, både verbal og nonverbal, hos pasienter med demens i møte med smerteproblematikk, og anvendes i oppgaven for å sammenligne pasientrettet kommunikasjon ved bruk av smertekartleggingsverktøy.</p> <p>Herr et al. (2010) ser på flere ulike smertekartleggingsverktøy og med ulike kriterier forsøker å gi retningslinjer for hvilke instrument som har mest klinisk relevans og belegg for å bli brukt med dagens kunnskap.</p> <p>Ersek et al. (2010) sammenligner de psykometriske egenskapene ved CNPI og PAIN-AD og ble anvendt for å se på styrker og svakheter ved CNPI.</p> <p>Malara et al. (2016) ser på sammenhengen mellom smerter og forekomsten av atferdsmessige symptomer. Artikkelen tar for seg både kartlegging ved bruk av PAINAD, Neuropsychiatric Inventory (NPI) og Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).</p>
2	«dementia and pain» (fritekstsøk i CINAHL)	(Husebø et al., 2009) og (Husebø et al., 2010).	<p>Husebø et al. (2009) undersøker påliteligheten ved bruk av MOBID på sykehjem i Norge gjennom videoopptak.</p> <p>Husebø et al. (2010) ser på de psykometriske egenskapene ved MOBID-2 gjennom ulik klinisk forskning.</p>
3	«MOBID-2» (fritekstsøk i CINAHL)	(van Kooten et al., 2017)	van Kooten et al. (2017) ble inkludert fordi den evaluerer smertekartlegging ved bruk av MOBID-2, og fordi Bettina S. Husebø ikke er inkludert som medforfatter.
5	«CNPI» (fritekstsøk i CINAHL)	(Feldt, 2000), og (Nygaard & Jarland, 2006)	<p>Feldt (2000) ble inkludert på grunn av litteraturen om CNPI, men forskningsresultatet blir ikke drøftet på grunn av fokus kun på pasienter med gjennomgått hoftebrudd.</p> <p>Nygaard og Jarland (2006) undersøker påliteligheten av CNPI i norske sykehjem.</p>



6	«doloplus 2» (fritekstsøk i BMC Geriatrics)	(Torvik et al., 2010), (Hølen et al., 2007) og (Rostad et al., 2017)	<p>Torvik et al. (2010) omhandler påliteligheten ved bruk av Doloplus-2 hos nonverbale sykehjemspasienter basert på adferdsobservasjoner.</p> <p>(Hølen et al., 2007) ser på Doloplus-2 og dens validitet for observasjonsbasert smertekartlegging av atferd.</p> <p>Rostad et al. (2017) er en systematisk oversiktsartikkel som ser egenskapene, gjennomførbarheten og klinisk nytte av Doloplus-2.</p>
7	«drug use norway dementia» (fritekstsøk i BMC Geriatrics).	(Gulla et al., 2015) og (Nyborg et al., 2017).	<p>Gulla et al. (2015) ser på bruken av flere psykotrope legemidler i 3 ulike norske sykehjem og korrelasjoner mellom bruken av disse legemidlene og forekomst av nevropsykiatriske atferdssymptomer.</p> <p>Nyborg et al. (2017) anvender NORGEP-NH-kriteriene i en observasjonsstudier for å kartlegge bruken av upassende legemidler i norske sykehjem.</p>

Artiklene fra denne tabellen er systematisert etter etternavn på førsteforfatter i artikkelmatrisen.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater (litteraturmatrise)

Nr:		
1	Forfatter/e	Mary Ersek, Keela Herr, Moni Blazej Neradilek, Harleah G. Buck, og Brianne Black (2010)
	Tittel	Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) Instruments
	Tidsskrift	Pain Medicine nr 11 (2010)
	Hensikt	Å undersøke og sammenligne de psykometriske egenskapene til to vanlige observasjonsinstrumenter for smerteanalyse som brukes i personer med demens.
	Metode	I en tverrsnittstudie ble 14 sykehjemsbeboere filmet i hvile og under en strukturert bevegelsesprosedyre. To selvstendige sykepleiere skulle så anvende CNPI og PAIN-AD til å skåre sine observasjoner.
	Funn	Det var signifikante forskjeller i gjennomsnittlige CNPI- og PAINAD-score i hvile og under bevegelse, og kan tyde på validitet fordi smertene viser utslag under kartleggingen. Begge verktøyene viste imidlertid markante effekter, spesielt når deltakerne var i ro.
2	Forfatter/e	Christine Gulla, Geir Selbæk, Elisabeth Flo, Reidun Kjome, Øyvind Kirkevold og Bettina S. Husebø (2016)
	Tittel	Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011
	Tidsskrift	BMC Geriatrics (2016)
	Hensikt	Å undersøke bruken av flere psykotrope legemidler hos sykehjemsbeboere, for å identifisere faktorer og pasientegenskaper forbundet med bruk av flere psykotrope legemidler.
	Metode	Tre kohorter fra 129 norske sykehjem med 4739 pasienter, samlet mellom 2004 og 2011 ble vurdert med NPI - Neuropsychiatric Inventory – sykehjemsversjonen, Klinisk demensskala og Physical Self Maintenance Scale. Regresjonsanalyse ble brukt for å finne sammenheng mellom bruk av psykotrope legemidler pasientegenskaper og nevropsykiatriske symptomer.
	Funn	Pasienter brukte i gjennomsnitt 6,6 legemidler; 27% brukte ingen psykotrope legemidler, 32% ett og 41% brukte flere psykotrope legemidler. 32% prosent var foreskrevet antidepressiva, 30% sedativer, 24% anxiolytika og 20% antipsykotika. Affektive symptomer (depresjon og angst) var sterkt assosiert med bruk av flere psykotrope legemidler. Demens var også forbundet med bruk av flere psykotrope legemidler.

<b>3</b>	Forfatter/e	Keela Herr, Heide Bursch, Mary Ersek, Lois L. Miller, og Kristen Swafford (2010)
	Tittel	Use of Pain-Behavioral Assessment Tools in the Nursing Home, Expert Consensus Recommendations for Practice
	Tidsskrift	Journal of Gerontological Nursing nr. 3 (2010)
	Hensikt	Å kartlegge ulike variabler ved smertekartleggingsverktøy hos pasienter med demens for å sammenligne best egnethet i bruk i sykehjem.
	Metode	Dette er en systematisk oversiktsartikkel. Søk i PubMed, CINAHL og PsycINFO ved bruk av «pain measurement/pain assessment AND aged AND dementia/cognitively impaired AND nonverbal communication AND behaviour». 41 artikler fra april 2004 til juli 2008 ble anvendt i studien.
	Funn	Kun NOPPAIN, PACSLAC og PAINAD er anbefalt av ekspertpanelet.
<b>4</b>	Forfatter/e	Bettina S. Husebø, Liv I. Strand, Rolf Moe-Nilssen, Stein B. Husebø og Anne E. Ljunggren (2010)
	Tittel	Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting
	Tidsskrift	Scand J Caring Sci nr. 24 (2010)
	Hensikt	Målet med denne studien var å undersøke de psykometriske egenskapene til MOBID-2 smerteskala, og kartlegge pålitelighet og gyldighet.
	Metode	77 pasienter med alvorlig demens ble undersøkt i klinisk praksis, som samtidig og uavhengig hadde gjennomgått vurdering i henhold til MOBID-2 smerteskala. Pasientens smerte ble også undersøkt av eksterne leger.
	Funn	Smerteprevalens var 81%, med overvekt av smerter i muskel- og skjelettsystemet, svært forbundet med MOBID-2 overordnet smertepoengsum. Mest smertefullt var mobilisering av ben. Smerter i bekkenet og / eller kjønnsorganer ble også ofte observert. Samlet smerteintensitet ved MOBID-2 var godt korrelert med legens kliniske undersøkelse og definerte smertevariabler.
<b>5</b>	Forfatter/e	Bettina S. Husebø, Liv I. Strand, Rolf Moe-Nilssen, Stein B. Husebø og Anne E. Ljunggren (2009)
	Tittel	Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake
	Tidsskrift	Scand J Caring Sci nr. 23 (2009)
	Hensikt	Å undersøke påliteligheten av smerteindikatorer, kartlagt smerteintensitet, og den generelle MOBID smerteskåren.

	Metode	Beboere ved sykehjem i Bergen som tilfredsstilte krav til alvorlig demens iht. MSE og var diagnostisert eller mistenkt for å ha kronisk smerte ble inkludert. 26 pasienter ble inkludert. Under filming ble pasientene undersøkt i iht. MOBID kartleggingsverktøy og vurdert etter 1 dag, 4 dager og etter 8 dager.
	Funn	Ansiktsuttrykk ble mest observert, etterfulgt av smertelyder og forsvar. Gjentatte vurderinger økte antall observerte smerteoppføringer, men forbedret ikke påliteligheten. Påliteligheten økte derimot ved gjentatte undersøkelser ved ulike tidspunkt. Mobilisering av armer og bein ble vurdert mest smertefullt. MOBID kartleggingsverktøy ble vist å være tilstrekkelig pålitelig til å vurdere smerte hos eldre personer med alvorlig demens.
<b>6</b>	Forfatter/e	Jacob C. Hølen, Ingvild Saltvedt, Peter M. Fayers, Marianne J. Hjermsstad, Jon H. Loge og Stein Kaasa (2007)
	Tittel	Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment?
	Tidsskrift	BMC Geriatrics 2007 nr. 29
	Hensikt	Å undersøke validiteten og påliteligheten ved bruk av Doloplus-2 og for å kartlegge oppbyggingens validitet som adferds observerende smertekartleggingsverktøy.
	Metode	73 deltakere fra Norge var inkludert. Hver pasient ble undersøkt av en ekspert og rapport fra andre helsepersonell ble innhentet.
	Funn	Doloplus-2 kan ikke anbefales basert på validitet og behovet for kunnskaper vedrørende administrering er nødvendig.
<b>7</b>	Forfatter/e	Janine van Kooten, Martin Smalbrugge, Johannes C. van der Wouden, Max L. Stek og Cees M. P. M. Hertogh (2017)
	Tittel	Evaluation of a Pain Assessment Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia
	Tidsskrift	Journal of Pain and Symptom Management nr. 5 (2017)
	Hensikt	Å beskrive smerter og ledelsestrategier vedrørende smerteproblematikk ved bruk av MOBID-2 hos sykehjemsbeboere.
	Metode	199 sykehjemspasienter ved 10 sykehjem i Nederland diagnostisert med demens ble kartlagt ved bruk av MOBID-2 sammenlignet med allerede kartlagt smertepåvirkning.
	Funn	Etter tre måneder var smerteintensiteten redusert ved bruk av MOBID-2 og ledelsesstrategi med oppfølging av kartlagt smertepåvirkning i legevisitt. Antallet pasienter med alvorlig smerteproblematikk og bruken av analgetiske legemidler var dog ikke redusert.
<b>8</b>	Forfatter/e	Alba Malara, Giuseppe Andrea De Biase, Francesco Bettarini, Francesco Ceravolo, Serena Di Cello, Michele Garo, Francesco

		Praino, Vincenzo Settembrini, Giovanni Sgro, Fausto Spadea og Vincenzo Rispoli (2015)
	Tittel	Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
	Tidsskrift	Journal of Alzheimer's Disease nr. 50 (2016)
	Hensikt	Å kartlegge utbredelsen av smerter hos personer med demens i sykehjem, for å studere forholdet mellom smerte og atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.
	Metode	En kohortstudie utført på 233 pasienter. Smertevurderingen ble utført ved hjelp NRS, PAINAD og observasjon, avhengig av pasientens grad av kognitiv svekkelse.
	Funn	Bare 42,5% av pasientene evaluert med NRS ga et pålitelig svar; av disse rapporterte 20,4% ingen smerte. Prosentandelen av smerte evaluert av PAINAD var 51,8%.
<b>9</b>	Forfatter/e	Gunhild Nyborg, Mette Brekke, Jørund Straand, Svein Gjelstad og Maria Romøren
	Tittel	Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGE-PH criteria
	Tidsskrift	BMC Geriatrics (2017)
	Hensikt	Å benytte NORGE-PH-kriteriene for å kartlegge omfanget av potensielt upassende medisiner blant sykehjemsbeboere og undersøke mulige assosierte faktorer.
	Metode	Tverrsnittsstudie med 881 sykehjemspasienter i Vestfold. Data samlet mellom 2009 til 2011 inkluderte beboernes demografiske og kliniske status og alle medisiner, faste og ved-behovs-medisiner.
	Funn	43,8% foreskrevet minst en potensielt upassende vanlig legemiddel, og 9,9% fikk regelmessig tre eller flere potensielt upassende medisiner. 92,7% av alle beboere hadde ved-behovs-medisiner som trenger spesiell overvåking i henhold til NORGE-PH. 69,7% av pasientene brukte regelmessig minst ett psykotropt legemiddel.
<b>10</b>	Forfatter/e	Harald A. Nygaard og Marit Jarland (2006)
	Tittel	The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes
	Tidsskrift	Age and Ageing nr. 1 (2006)
	Hensikt	Å undersøke påliteligheten og validiteten ved bruk av CNPI i smertekartlegging hos personer med demens
	Metode	7 sykehjem var med i studien. Totalt 46 pasienter. Pasienter ved sykehjemmene ble smertekartlagt ved bruk av CNPI over tre dager. Smerteskåren ble sammenlignet med VAS.

	Funn	CNPI viste god korrelasjon med VAS, og samtidig en stor variasjon i smertepåvirkning fra dag til dag. Vokalisering, mimikk og verbal klaging på smerter var mest fremtreden.
<b>11</b>	Forfatter/e	Hanne Marie Rostad, Inger Utne1, Ellen Karine Grov, Martine Puts og Liv Halvorsrud (2017)
	Tittel	Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review
	Tidsskrift	BMC Geriatrics (2017)
	Hensikt	Å kartlegge måleegenskapene, brukervennlighet og klinisk nytte av Doloplus-2
	Metode	Dette er en systematisk oversiktsartikkel. Søk i CINAHL, Medline og PsycINFO for studier publisert mellom 1990 til april 2017. Totalt 24 studier ble inkludert.
	Funn	Kvaliteten på inkluderte studier varierte. Støtte og anerkjennelse av Doloplus-2 varierte mye i de ulike studiene. Pålitelighet oppnådde gjennomgående god skår, men validitet og respons er ansett som svakheter.
<b>12</b>	Forfatter/e	Karin Torvik, Stein Kaasa, Øyvind Kirkevold, Ingvild Saltvedt, Jacob C. Hølen, Peter Fayers og Tone Rustøen (2010)
	Tittel	Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting
	Tidsskrift	BMC Geriatrics (2010)
	Hensikt	Å undersøke bruken av Doloplus-2 hos nonverbale sykehjemspasienter, og derav evaluere påliteligheten og validiteten ved verktøyet ved å sammenligne ulike sykepleieres evaluering av smertepåvirkning.
	Metode	77 sykehjemspasienter fra 7 ulike sykehjem i Trøndelag og Møre og Romsdal ble inkludert. Data ble innsamlet mellom september 2005 til mai 2006.
	Funn	17% fikk en skår på 0 i somatiske smerter og 40% fikk en skår på 0 ved psykososiale reaksjoner. Sykepleiere selv kartla 52% av pasientene å ha smerte, men det reelle antallet var 68% av pasientene. Hos 29% av pasientene var sykepleieren ikke i stand til å konkludere om pasienten var smertepåvirket eller ikke.

Artikkelen fra Cunningham et al. (2010) er ikke inkludert i litteratormatrisen fordi denne ikke bygger på IMRaD-modellen.

Artikkelen fra Feldt (2000) er ikke inkludert i artikkelmatrisen fordi forskningsresultatet ikke blir omtalt i oppgaven.

## 5 Drøfting

### 5.1 Sykepleierens ansvarsområde i møte med smerter og demens

Et grunnleggende mål i all demensomsorg er at pasienten med demens blir møtt som et eget individ. Å bidra til å opprettholde identitet, selvbylde, samt legge til rette for mestring hos pasienter med demens krever at pleiepersonalet har kunnskaper, er lyttende og søker etter personen bak demenslidelsen (Solheim, 2015). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer påpeker blant annet at sykepleierens praksis skal fremme helse og forebygge sykdom (2.1), respektere pasientens rett til å foreta valg (2.5) og lindre lidelse (2.9) (NSF, 2019). Å oppnå disse målene krever et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, hvor sykepleieren oppfyller sitt krav til yrkesutøvelse av juridiske plikter, men også av egne moralske og etiske prinsipper. Dette krever bruk av profesjonell kommunikasjon fra sykepleierens side. Personer med demens kan derimot ha store kommunikasjonsutfordringer (Solheim, 2015) og dette kan medføre utfordringer for sykepleieren i samarbeid med pasienten siden pasienten ikke alltid forstår hva som er til sitt eget beste. Samtidig preges sykepleierens arbeidshverdag ofte av flere faktorer som lav bemanning, tidspress og stor arbeidsmengde. Et eksempel: Ifølge Di Muzio, Rosa og Moriconi (2018) er dårlig bemanning, vilje til å avslutte måltidet og høyt tidspress blant helsepersonell årsaker til at pasienter med demens er i risiko for dårlig ernæringsstatus. Smerter kan være en årsakssammenheng, da infeksjoner og smerter i munnhulen gir økt risiko for underernæring, svekket helse og ytterligere lidelse ifølge Achterberg et al. (2012). Smertekartlegging og lindring kan derfor bidra til å fremme pasientens mulighet til helsefremmende valg og ønsker. Smertelindring bidrar derfor til større muligheter for oppnåelse av helhetlig sykepleie og livskvalitet, samtidig som lindring av smerter er et hovedmål i seg selv da kartlegging og lindring smerter er en konkret sykepleiefaglig oppgave.

Gamle mennesker er ekstra sårbare for smerte på grunn av redusert reservekapasitet, og ubehandlet eller ineffektiv behandling av smerter kan føre til økt inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner (Bjørø & Torvik, 2013). Sykepleieren har et administrativt ansvar for å være bindeleddet i det tverrfaglige teamet for å ivareta helheten i smertebehandlingen (Rustøen, 2007), og dette innebærer blant annet å identifisere smertetilstanden for så å iverksette tiltak. Et fungerende tverrfaglig team med fokus på samarbeid med både pasient og pårørende, er viktig for en målrettet vurdering og behandling av pasientens smerter. Sykepleierens ansvar innebærer å fortløpende observere og kartlegge

pasienten, og en viktig sykepleieoppgave er å formidle informasjonen inn i det tverrfaglige teamet (Bjørø & Torvik, 2013).

### **5.1.1 Pasientens rett til korrekt helsehjelp**

«Pasient og bruker har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen» jf. pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a annet ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). «Pasienten har smerter [...]» er en sykepleiediagnose. En sykepleiediagnose har som mål å gi uttrykk for et sykepleiefaglig problem og setter grunnlag for sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess i hensikt å ta valg om passende sykepleietiltak (Kirkevold, 2009). For sykepleieren å evne å «se» dette sykepleiefaglige problemet, kreves sykepleiefaglig kunnskap om smerter hos personer med demens. Sykepleieren må samtidig se bort i fra pasientens demensdiagnose, og heller kartlegge pasientens verbale-, nonverbale- og atferdssymptomer som hentyder til smerter. Ifølge Haasum et al. (2011) er pasienter med demens i stor risiko for feilbehandling av psykotrope legemidler ved smerter. Samtidig sees en korrelasjon mellom forhøyet bruk av psykotrope legemidler hos pasienter med demens i sammenheng med bedre ADL-funksjon (Nyborg et al., 2017). Ahn, Garvan og Lyon (2015) viser til at smerter hos sykehjemsbeboere med demens uten mulighet til å verbalt kommunisere dette konkret, hadde høyere forekomst av både verbal- og fysisk aggresjon. Samtidig viser Malara et al. (2016) til at dårlig smertelindring hos personer med demens kan føre til depresjon, agitasjon og aggresjon. Husebø et al. (2011) viser til at smertebehandling hos pasienter med demens førte til en reduksjon i agitasjon på 17% i forhold til kontrollgruppen etter 8 uker, samt en reduksjon av nevropsykiatriske symptomer og smerter. Videre påpekes det at effektiv smertebehandling kan redusere unødvendig bruk av psykotrope legemidler.

Bruken av psykotrope legemidler hos pasienter med demens ser altså ut til å være høy, samtidig som bruken korrelerer med mengden atferdssymptomer og indikasjoner for bruk av psykotrope legemidler. Lise Næss, psykolog, spesialist i eldrepsykologi og leder av fagutvalget i eldrepsykologi i Norsk psykologforening, forteller om flere typer uro hos pasienter med demens i en artikkel fra Sykepleien.no (Helmers, 2018). En av disse er medikamenturo. Næss påpeker at flere personer med demens medisineres med psykomedisin uten å være diagnostisert som psykotisk, samtidig som UVI, fordøyelsesbesvær og ulike former for smerte kan gi uro. Hun påpeker videre at kartlegging av forvrengt ansiktsmimikk og ytterligere kartlegging av kroppsuttrykk og somatisk utredning er essensielt i behandlingen av denne typen uro. Dette kan tyde på at bruken av psykotrope legemidler, sannsynligvis



bruken av ved-behovs-medisin av denne typen, er utberedt hos pasientgruppen, og at kartlegging og observasjon av smertepåvirkning er en essensiell kunnskapsfaktor sykepleieren i pleieforhold med denne pasientgruppen må inneha. Pasienten har som nevnt rett til nødvendig helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), herunder korrekt helsehjelp. Bruken av psykotrope legemidler hos pasienter med smerteproblematikk kan tyde på bruk av medikamenter uten indikasjon (psykotrope legemidler), samtidig som bruken av medikamenter med indikasjon (analgetika) er fraværende, for lav eller feil. Psykotrope legemidler, blant annet benzodiazepiner, med Sobril som et kjent merkevarenavn, er mye brukt hos pasientgruppen. Benzodiazepiner er sederende, primært angstdepende eller mot søvnforstyrrelser. Bivirkninger er falltendens, tretthet, muskelslapphet, og over tid kan toleranse utvikles (Spigset, 2007). Bruken av Sobril og andre psykotrope legemidler hos pasienter med uro som følge av ikke kartlagte smerter, kan derfor diskuteres å være ansett som å kamuflere pasientens forsøk på å kommunisere smerter, fremfor å faktisk lindre smertene. Det blir som å frata pasienten sin mulighet til å uttrykke egne opplevelser av kroppslige følelser og strider imot både juridisk, moralsk og etisk sykepleiefaglig utøvelse. På grunn av manglende kunnskaper om smertekartlegging, tidspress og dårlig bemanning kan det være at pasientens smerteproblematikk ikke oppfattes, og problemet identifiseres ikke.

## **5.2 utfordringer ved smertekartlegging hos pasienter med demens**

Sykepleierens praksis skal blant annet fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (NSF, 2019). Smertelindring er et essensielt behandlingsmål for oppnåelse av helhetlig sykepleie og bedret livskvalitet. Pasienten har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). På grunn av risikoen smerter utgjør for livskvaliteten og smertefenomenet som et problem i seg selv (Bjørø & Torvik, 2013, Malara et al., 2016), må derfor smertekartlegging og målrettet smertelindring regnes som en nødvendig helse- og omsorgstjeneste og som del av sykepleierens ansvarsområde.

Cunningham et al. (2010) nevner at kartlegging hos denne pasientgruppen krever enkle korte spørsmål, hvis det i det heletatt er mulig for pasienten å svare på dette. Selvrapporing hos pasienter med demens har lavere validitet enn observasjonsbaserte kartleggingsverktøy (Epps, 2001), og bruk av selvrapporing krever derfor god kjennskap til pasientens kognitive funksjon og pasientens forutsetninger til å svare adekvat på dette. Bruken av selvrapporerende kartleggingsverktøy hos pasienter som klarer å svare på spørsmål, men som

kan ha utfordringer med å forstå kontekst i kartleggingen og vurdering av egen smertegradering, kan trolig medføre at pasienten gir et adekvat svar i henhold til kartleggingsverktøyets skala, men at svaret ikke reflekterer den faktiske smertepåvirkningen pasienten har. Malara et al. (2016) viser til at kun 42,5% av pasienter evaluert med NRS gav et pålitelig svar. Samtidig viser Torvik (2012) til at fokus på bruk, opplæring og kunnskap av smertekartlegging i kommunehelsetjenesten er mangelfull, og dette kan trolig medføre lav kunnskap om forskjellen mellom selvrapporterende og observasjonsbaserte kartlegginger, muligvis lite kjennskap til gjennomføringen av observasjonsbasert kartlegging og medføre feil kartleggingsresultat og lite dokumentasjon og faglig korrekt kartlegging om pasientens faktiske smertepåvirkning og behov for lindring.

### **5.2.1 Bruk av pårørende i smertekartleggingen**

Ved kognitiv svikt er pårørende ofte en viktig informasjonskilde i kartleggingsarbeid om pasienten (Kirkevold & Brodtkorb, 2008), samtidig har ulike undersøkelser rapportert at mellom 15-50% av pårørende til personer med demens får depresjon, har større sykefravær dersom de er yrkesaktive og oppsøker oftere lege. Mange pårørende har også et personlig ønske om å yte omsorg til sine nærmeste (Engedal & Haugen, 2009). Pårørende til personer med demens står i en høyst vanskelig situasjon ved at et menneske de er glad i svekkes gradvis kognitivt og blir pleietrengende. Jakobsen og Homelien (2011) viser til at pårørende ofte opplever ensomhet og isolasjon, både ved at ektefelle i mister den personen de står nærmest, samt at ektefeller kan oppleve å isoleres fra sosiale lag siden mange par har felles omgangskrets.

Pårørende har gjennom sin relasjon til pasienten ofte relevante kunnskaper om pasienten som er til nytte for sykepleieren, men pårønderollen innebærer en følelsesmessig relasjon til pasienten som skiller seg fra sykepleierens ansvars-, juridiske-, pleie- og yrkesetiske relasjon til pasienten. Smertekartlegging som prosess i sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess i hensikt å smertelindre, er sykepleierens ansvarsområde, og pårørende kan inviteres inn i denne problemstillingen som omsorgsgiver dersom de ønsker, men sykepleieren må forstå og respektere at pårørendes relasjon ikke bygger på en sykepleiefaglig tilnærming i møte med pasienten. Sykepleieren har et ansvar for å innhente relevant informasjon, samtidig som sykepleieren også har et ansvar om å ikke trekke pårørende inn i en pleiefokusert rolle de kan oppleve det vanskelig å ta avstand fra.

### **5.3 utfordringer ved institusjonens og ansattes kompetanse- og språknivå**

Mange helsepersonell tror smerte er noe som hører alderdommen til (Torvik, 2012), og mangel på patofysiologiske kunnskaper om kroniske sykdommer og kunnskaper om observasjoner, gjenkjenning av atferdssymptomer og non-verbale signaler som kan indikere smerter forekommer (Cunningham et al., 2010). Sykepleieren har ifølge de yrkesetiske retningslinjene et ansvar om å bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet (5.2) (NSF, 2019), og i henhold til Helsepersonelloven har sykepleiere plikt til å vurdere den enkelte pasientens behov for iverksettelse av tiltak (Kirkevold & Brodtkorb, 2008).

#### **5.3.1 Sykepleieren som faglig leder**

Sykepleierens undervisende funksjon innebærer å undervise pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Fokuset er å fremme trygghet og mestring hos pasienten, og pasienten har en lovfestet rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2) (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999; Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleieren er også ansvarlig for en administrativ funksjon med tanke på delegering av oppgaver og administrering av sykepleien til pasienter, samt en fagutviklende funksjon med tanke på egen faglig kunnskap og kvalitetsforbedring ved arbeidsstedet (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette innebærer at sykepleieren har et konkret ansvar i smertekartlegging og oppfølging av pasienter med smerteproblematikk, samtidig særlig ansvar for pasienter som ikke selv har kognitive ressurser til å rapportere og argumentere for egen smerte. Kartlegging av pasientens kognitive status og funksjonsnivå er viktig i tilrettelegging rund pasienten for å fremme sikkerhet funksjon og trivsel, og systematisk kartlegging av blant annet smerter er avgjørende for ivaretagelse av det ansvaret som påligger sykepleieren (Kirkevold & Brodtkorb, 2008).

#### **5.3.2 Behovet for god og relevant dokumentasjon**

Å etterstrebe pasientens synspunkt er hovedmålet, men hos pasienter med kognitiv svikt vil sekundære kilder som annet helsepersonell eller pårørende være relevant da pasienten ofte mangler kognitive ressurser til å kunne gi nødvendig informasjon. Det er behov for et bredt datagrunnlag for å danne seg et helhetlig bilde for å gi helhetlig sykepleie (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). For å kunne kartlegge smerter over tid vil derfor dokumentasjon sannsynligvis spille en stor rolle, og kompetanse hos helsepersonell som dokumenterer og gir

pleie vil være nødvendig for å innhente tilstrekkelig informasjon. Dersom sykepleieren skal ivareta helhetlig omsorg (NSF, 2019), vil også relevant informasjon om mulig indikasjoner på smertepåvirkning som lyder, mimikk og atferdssymptomer fra ulike tider på døgnet og ved ulike typer aktiviteter (blant annet under stell, måltider og aktivitet) over tid være relevant. Kompetanse hos pleiepersonell på avdelingen, og opplæring og veiledning av andre sykepleiere og andre helsefaglige utdanninger vil være en sentral oppgave for sykepleieren.

### **5.3.3 Språkutfordringer hos pleiere i møte med pasienten**

Cunningham et al. (2010) viser til et eksempel: 13 ulike ord som beskriver smerte, blant annet «aching», «sore», «buring» osv. Eksempelet viser videre hvordan man skal rangere disse ulike ordene i rekkefølge, avhengig av egen opplevd og ulik alvorlighetsgrad. Videre påpekes det at mennesker rangerer disse ordene ulikt, fordi det er ulikheter i hvordan en selv bruker språket for å formidle subjektive opplevelser, blant annet smerte. Dette blir problematisk i møte med pasienter fordi pleieren og pasienten kan ha ulik oppfattelse av betydningen av et ord, og pleieren risikerer å undervurdere den faktiske subjektive smertepåvirkningen pasienten opplever. En artikkel fra 2015 i Sykepleien.no (Bergsagel, 2015) påpeker at 10 000 utenlandske sykepleier arbeider i Norge. Artikkelen skriver videre at 5827 personer mottok autorisasjon som sykepleier fra SAK i 2014. Det er derfor naturlig å anta at tallet av utenlandske sykepleiere i Norge er økende. Etatsdirektør i SYE (Sykehjemsetaten i Oslo) uttalte i 2015 at 40% av ansatte i Oslo kommunes egne sykehjem er fremmedspråklige (Jagmann, 2015). Fremmedspråklighet, egen oppfattelse av subjektive smertebeskrivende ord og bruk av bestemte ord og smerterangering i ulike smertekartleggingsverktøy kan trolig føre til ulikheter mellom sykepleierens oppfattelse av pasienten smerte og pasientens faktiske subjektive opplevde smerte.

### **5.4 Ulike kartleggingsverktøy og individet i møte med objektive skjemaer**

Som nevnt finnes flere ulike kartleggingsverktøy med gode kliniske forskningsresultater (Herr et al., 2010). På grunn av at kun CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 er oversatt til norsk og velkjent i Norge med tanke på problemstillingen (Torvik, 2012), vil denne bacheloroppgaven fokusere på disse. Valget om disse kartleggingsverktøyene faller også som en avgrensning for å fremme en gjennomgående og større drøfting av disse, fremfor en overflatisk drøfting av flere verktøy, med tanke på oppgavens omfang og begrensning. Oppgavens vil derfor ikke kunne

konkludere med hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet ut i fra valgt forskning, fordi styrker med utelatte verktøy ikke nevnes. Oppgaven forsøker kun å konkludere med svakheter og styrker med de tre allerede oversatte og velkjente verktøyene, og hvordan sykepleieren kan anvende teoretisk kunnskap i sykehjem som er lett tilgjengelig pr. i dag.

Som nevnt i innledningen er kunnskap om den enkelte pasientens helsetilstand og behov for sykepleiefaglig intervensjon alltid viktig for å kunne gi individuell og personsentrert sykepleie. Som Solheim (2015, s. 54) nevner:

*et grunnleggende mål i all demensomsorg at personer med demens blir møtt som et individ, den personen han/hun er, uansett alder, lidelse, skader og/eller sykdom.*

Et objektivt kartleggingsverktøy tar ikke hensyn til disse forholdene. Kartleggingsverktøyet i seg selv er altså ikke en fremgangsmåte eller et verktøy for å utøve helhetlig sykepleie. Det er sykepleieren som utøver den helhetlige sykepleien, og det er således sykepleieren som må sørge for at kartleggingen utøves på en omsorgsfull måte og inkluderer kliniske observasjoner med utgangspunkt i den individuelle pasienten.

#### **5.4.1 CNPI, et alternativ til synsing og usikkerhet?**

CNPI er primært utviklet for pasienter gjennomgått hofteoperasjon (Feldt, 2000). Torvik (2012) viser til at CNPI mangler kartlegging i forhold til mellommenneskelig samhandling, aktivitetsmønster og mental status. Ersek et al. (2010) påpeker på en annen side at en fordel med CNPI er at det er lett å bruke, krever lite kompetanse og ikke krever at sykepleieren er kjent med pasienten over tid. Hvorvidt dette er kun fordeler kan være vanskelig å fastslå, da både språkutfordringer og ulik oppfatning av smerteuttrykk (Cunningham et al., 2010) og kompetansen sykepleieren som utfører kartleggingen har (Torvik, 2012), kan påvirke hvor godt den faktiske subjektive smertepåvirkningen pasienten opplever blir kartlagt.

Fordelene med CNPI kan muligvis derfor være ulemper i møte med kompleks smerteproblematikk fordi at det kreves bedre kompetanse hos pleieren enn CNPI legger opp til, og at sykepleierens mulighet til å kartlegge pasientens smertepåvirkning og progredierende smerteproblematikk blir overskygget av at dette skal være et «enkelt og lite kompetansekrevede» verktøy. CNPI gir heller ingen mulighet til å gradere ulik

smertepåvirkning, da verktøyet kun skiller mellom ikke observert smerteatferd og observert smerteatferd (Feldt, 2000; Nygaard & Jarland, 2006). Pasienter med observert smerteatferd ved ulike tidspunkt, men med tydelig ulik smerteintensitet, vil likevel derfor bli kartlagt som likt smertepåvirket ved begge tidspunkt. I flere tilfeller kan dette være negativt, særlig hvor pasienten har lidelser med svingende forløp eller lidelser som påvirkes av blant annet mobilisering, ligge- og sittestilling, måltider, medikamenter og kjemiske/nevrologiske prosesser på cellulært- og organnivå som for eksempel inflammasjoner og produksjon av intracellulære signalmolekyler.

Nygaard og Jarland (2006) påpeker at fravær av mulighet til å kartlegge atferdssymptomer over lengre tid ved bruk av CNPI som kartleggingsverktøy. Det vises til at de fleste pasienter med kroniske smerter har varierende smerteintensitet fra dag til dag, og at dette gir behov for grundigere kartlegging av atferdssymptomer over flere ulike tidspunkt. Likevel fremheves CNPI som et pålitelig verktøy for å raskt kartlegge mulig smertepåvirkning ved et gitt tidspunkt. CNPI er en sjekklister for nonverbale smerteindikatorer, og sjekklister har som hovedmål å kartlegge «her og nå» -situasjoner, og kan fortelle noe om det er behov for at ytterligere tiltak iverksettes (Brudvik & Nyen, 2016).

Å anvende sjekklister, blant annet CNPI dersom en synser og er usikker på om pasienten er smertepåvirket, kan derfor være relevant for å få validert om egne sykepleiefaglige observasjoner er relevante. Samtidig må fokuset på den personsentrerte sykepleien være i fokus (Solheim, 2015). Dersom et objektive verktøy forteller at pasienten ikke er smertepåvirket, behøver dette derimot ikke å være realiteten. Ersek et al. (2010) henviser til Cohen-Mansfield og Lipson (2008) som viser til at CNPI ikke var i stand til å oppdage smerter effektivt nok, noe som også sammenfaller med deres resultat. Med tanke på blant annet dette, bør sykepleieren kunne kritisk vurdere objektive data og forstå at bruken av sjekklister, blant annet CNPI, ikke kartlegger hele det individuelle kliniske bildet.

#### **5.4.2 Doloplus-2, et godt supplement i en sykepleiefaglig praksis?**

Rostad et al. (2017), en systematisk oversiktsartikkel, viser til at pasienter som kunne selvrapporere smerter med VAS-skala, rapportere større smertepåvirkning enn sykepleiere som utførte Doloplus-2-kartlegging på kognitivt svekkede pasienter. Artikkelen påpeker muligheter for at atferdssymptomer hos pasienter som kan selvrapporere smerter, uttrykkes

annerledes enn hos pasienter som ikke kan selvrapporere smerter. Artikkelen påpeker videre at det finnes et større utvalg forskning som viser til at flere av observasjonene Doloplus-2 tar utgangspunkt i, arter seg ulikt hos pasienter, uavhengig av mulig smertepåvirkning. Dette betyr at skåren som gis trolig ikke alltid reflekterer den faktiske subjektive smerteopplevelsen hos pasienten. Det konkluderes med at Doloplus-2, ut i fra inkludert forskning, viser om pasienten har smerter, men ikke intensiteten.

I Torvik et al. (2010) reflekteres også dette resultatet. I følge denne studien på 77 sykehjemsbeboere utført i Norge vises det til at flere pasienter ble identifisert som smertepåvirket ved bruk av Doloplus-2 sammenlignet med ved ingen bruk av noe verktøy. Artikkelen viser til at sykepleierne som deltok i undersøkelsene ikke klarte å fastslå om en av tre av pasientene var smertepåvirket eller ikke. Det konkluderes med at Doloplus-2 kan være et effektivt verktøy for å kartlegge smerter, men at sykepleierens kliniske erfaring og kompetanse er avgjørende for troverdig kartlegging, og at ulike atferdssymptomer og faktorer som nevnes i verktøyet kan ha ulike betydning hos ulike pasienter, og at skåren ikke nødvendigvis reflekterer den faktiske subjektive smertepåvirkningen.

Hølen et al. (2007) nevner at en svakhet ved Doloplus-2 er at skåren legges sammen av både smerter i hvile og smerter under aktivitet. Som nevnt kan smerteintensitet variere mye ut i fra aktivitet og tilstand, og situasjon for kartlegging av somatiske reaksjoner spesifiseres ikke i Doloplus-2, men tar utgangspunkt i en helhetsoppfatning sykepleieren observerer. Behovet for relevant og god dokumentasjon vil derfor sannsynlig være nødvendig for å kartlegge det reelle bildet av pasientens smerteopplevelse, men ulike oppfatninger og tolkning av egne observasjoner hos pleiere ved avdelingen kan trolig gi et feil inntrykk av pasientens smertepåvirkning. Fravær av dokumentasjon om mulig smertepåvirkning trenger ikke bety at pasienten ikke er smertepåvirket, men at undertegnede muligvis mangler kompetansen til å observere dette. Videre anbefaler Hølen et al. (2007) å bruke to eller flere kartleggingsverktøy i kombinasjon og at det er behov for systematisk undervisning og opplæring hos fagpersoner som anvender Doloplus-2 før konklusjoner om smerter hos pasienter blir tatt i praksis. Rostad et al. (2017) viser til at sykepleieren som bruker verktøyet må forstå terminologien og også evne å observere endringer i smertetilstanden, fordi dette er viktig for at de ulike tidspunktene for kartlegging må ta utgangspunkt i vurderinger utført av samme helsepersonell.

### **5.4.3 MOBID-2, en utfordring å tolke og å vurdere aktuelle observasjoner?**

Husebø et al. (2010) viser til moderat til meget god pålitelighet for de atferdsmessige indikatorene, hvorav smertelyder var mest pålitelig og observasjon av avvergesreaksjoner minst, mimikkreaksjoner var derimot mest forekommende. Det kan tyde på at smertelyder er en mer pålitelig indikasjon på smertepåvirkning, og at mimikkreaksjoner kan komme også av mobiliseringen og av et ubehag eller en følelsesmessig reaksjon på å bli berørt og undersøkt. Gyldigheten av sykepleierens vurdering av smerteintensitet påpekes å være en utfordring, og at dette er en utfordring ved alle kartleggingsverktøy. Artikkelen påpeker begrensninger ved bruk av MOBID-2, blant annet sammenhengen mellom atferdsforstyrrelser og generelle atferdssymptomer på demens samt kartlegging av smertereffekt på søvn, appetitt og sosialisering. MOBID-2 er som navnet tilsier en mobilisering med observasjon av adferdsintensitet, og tar ikke utgangspunkt i en verbal kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, men sykepleierens observasjoner basert på utførte/ veiledet mobilisering.

MOBID-2 (opprinnelig MOBID) er et nyere verktøy, utviklet i Norge, og med mye forskning utført av utvikleren(e) (Husebø et al., 2011; Husebø et al., 2009, 2010), og lite forskning utført av andre forskere (se Kildekritikk, metodekapittelet). På tross av dette viser en nederlandsk studie (van Kooten et al., 2017) at etter tre måneder ved systematisk kartlegging ved bruk av MOBID-2 ved et nederlandsk sykehjem, at smerteintensiteten blant deltakerne var tydelig redusert. Artikkelen viser derimot til flere mulige årsaker, blant annet at forskningsprosjektet har skapt en større bevissthet vedrørende smerteproblematikken blant ansatte, særlig hos beboere som ble kartlagt å ha stor smertepåvirkning, og at dette kan medføre at pleiepersonalet har vært mer bevisst å være varsomme under blant annet stellesituasjoner. Dersom dette stemmer viser dette at bevissthet og kunnskaper blant ansatte om smerter og smertefremprovoserende pleieatferd kan redusere pasientens opplevde smerte, og kompetanseoppbygging og sykepleierens faglige rolle i teamet spiller en viktig rolle i møte med smerteproblematikk hos pasientgruppen på avdelingen.

## **5.5 Pasientens reduserte mulighet til selvbestemmelse**

Ifølge Solheim (2015) kan stort arbeidspress, travelhet og lavt kunnskapsnivå hos pleiere føre til at pasienter med demens blir gjort «barnslige», plassert i båser og pleieren kan gjøre seg emosjonelt immun mot deres situasjon og ugyldiggjøre pasientens synspunkt. Solheim (2015) nevner at pleiere risikere å komme i berøring med en pasient med dyp indre fortvilelse, angst



og indre resignasjon, og å møte egne følelser av utilstrekkelighet, hjelpeløshet og avmakt i sykepleierollen. Dette kan oppleves som en tung bær å bære for sykepleieren som daglig møter flere pasienter med ulike pleiebehov og sykdommer, og sykepleieren dras derfor mellom egne verdier for etikk, moral og plikt og ønske om å gi omsorg og pleie, samtidig som sykepleieren opplever empati og tar inn over seg pasientens opplevelser av sin livssituasjon. Sykepleierens arbeidssituasjon blir igjen preget av bemanning, tidspress og ofte egen helsesituasjon. Å ta avstand fra pasientperspektivet ved å omtale pasienten som «uroelig», «vanskelig» eller «stresset» kan muligens være en måte for sykepleieren å unngå å møte egen følelse av utilstrekkelighet. Sykepleieren kan ha klare verdier og etisk moralsk oppfatning om hvordan en pasient i en gitt situasjon skal møtes, men dersom sykepleieren ikke opplever arbeidssituasjonene som tilrettelagt for å yte omsorg hun eller han anser som riktig, kan sykepleieren bli nødt til å sette seg i en situasjon av kognitiv dissonans og se pasientens urolighet og angst kun som følge av demens, for å slippe å møte egen indre følelsesmessig konflikt av å ikke handle ut i fra egne verdier. Dette kan være årsaken til en forhøyet bruk av psykotrope legemidler hos denne pasientgruppen, og at sykepleieren opplever sedering av indre uro som en lindring av pasientens problemer.

Nyborg et al. (2017), som tar utgangspunkt i NORGEP-kriteriene (Rognstad et al., 2009), viser til at bruken av psykotrope legemidler er større hos pasienter med bedret ADL-funksjon, og trekker korrelasjoner mellom bedret ADL og økende atferds- og nevropsykiatriske symptomer. Som nevnt har pasienter med demens utfordringer med å uttrykke egne behov, og å uttrykke egen smerte kan derfor vise seg som aggresjon (Ahn et al., 2015), angst, agitasjon og depresjon (Haasum et al., 2011). Torvik (2012) påpeker at det er en stor variasjon i hvordan pasienter med demens uttrykker smerter, og at hver enkelt pasient har en egen «smertesignatur». 41% av sykehjemsbeboere står fast eller ved behov på flere psykotrope legemidler ifølge Gulla et al. (2015), men denne statistikken kan variere fra ulike sykehjem, dog gjennomgående viser forskning at pasienter med demens oftere forskrives denne typen legemidler enn pasienter uten demens (Haasum et al., 2011; Husebø et al., 2010; Nyborg et al., 2017). Ordinasjonene av disse legemidlene til denne pasientgruppen er sannsynligvis gjennomtenkt og på grunn av demenssykdommens psykiatriske konsekvenser (Engedal & Haugen, 2009), kan ordinasjonene være relevante, og i flere tilfeller kan disse legemidlene være indiserte. Men for sykepleieren som har mulighet til å forskrive ved-behovs medisiner på bakgrunn av autorisasjon, er kunnskaper om indiserte og kontraindiserte situasjoner essensielt, og sykepleieren må derfor ha kunnskaper om smertekartlegging for å

kunne kartlegge smerter og gi smertelindrende medisiner på bakgrunn av en sykepleiefaglig vurdering.

### **5.5.1 Ethiske dilemmaer ved redusert mulighet til selvbestemmelse**

Pasientens reduserte mulighet til selvbestemmelse er som konsekvens av den kognitive svikten, samtidig er adgangen til bruk av tvang svært begrenset, og lovreguleres i Pasient- og brukerrettighetsloven. Pasienten har rett til å bestemme over egen helsehjelp (pbrl. §4-1 første ledd), men pasienter med senil demens kan fratras samtykkekompetanse (pbrl. §4-3 andre ledd). Dette skal fattet basert på begrunnet skriftlig dokumentasjon, og pasienten og pårørende skal informeres og har medbestemmelsesrett iht. til vedtak. Dersom vedtak fattes gir loven adgang til å bruke tvang kun hvor tillitsskapende tiltak har vært prøvd og at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade, at helsehjelpen anses nødvendig og at tiltakene er konkret rettet mot behovet for helsehjelp (pbrl. §4A-3 første og andre ledd) (Engedal & Haugen, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (YER 2.3) (NSF, 2019), og bruk av tvang står i sterk kontrast til ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet. Selv om vilkårene i pbrl. første og andre ledd i §4A-3 er oppfylt skal helsehjelp bare gis dersom det er klart den beste løsningen for pasienten (Slettebo, 2008). Å beslutte bruk av tvang, herunder også i smertekartlegging, krever derfor kompetanse til å avgjøre hvorvidt det er nødvendig, og sykepleieren har derfor ikke adgang til å kartlegge smerter hos pasienter som motsetter seg dette med mindre sykepleieren har en sterk mistanke om at pasienten er smertepåvirket og at smertelindring anses som nødvendig, dette innebærer også at utfallet av svertepåvirkningen; dersom pasienten ikke blir kartlagt å ha sterke smerter, likevel er et bedre utfall enn å unnlate å bruke tvang. Dette setter sykepleieren i en situasjon hvor hun risikerer å anvende tvang uten at det fremkommer av kartleggingen at pasienten er smertepåvirket, altså bruk av tvang uten at det var nødvendig. Dette kan trolig føre til at sykepleieren unngår å bruke tvang i situasjoner hvor pasienten likevel er svært smertepåvirket.

Det er viktig å reflektere over at smerter kan medføre angst, agitasjon og aggresjon (Ahn et al., 2015), og at dette igjen kan medføre at pasienten nekter helsehjelp som følge av svekket forståelse for helsehjelpens nødvendighet. Det er et paradoks at smerter kan føre til motsettelse av helsehjelp, og at motsettelse av helsehjelp kan vanskeliggjøre smertekartlegging som har som hensikt å kartlegge smertene. MOBID-2 (Husebø et al.,

2010), som forsøker å kartlegge smerteintensiteten og lokalisasjon krever at pasienten blant annet ledes til mobilisering av blant annet flere ulike ledd, og lar seg ikke gjennomføre dersom pasienten nekter. Doloplus-2 (Torvik et al., 2010), tar derimot utgangspunkt i observasjoner som ikke krever at sykepleieren fysisk mobiliserer pasienten, men Doloplus-2 anses som et svakt verktøy for å kartlegge smerteintensitet og -lokalisasjon (Torvik, 2012; Torvik et al., 2010). Doloplus-2 kan bidra til å derimot styrke mistanker om sterk smertepåvirkning, og styrke begrunnelsen for nødvendigheten av bruk av tvang for å kartlegge smerter. CNPI (Feldt, 2000) tar heller ikke utgangspunkt i konkrete fysiske intervensjoner sykepleieren må gjøre, men som sjekklister (Brudvik & Nyen, 2016) kan det anvendes i ulike konkrete situasjoner, for eksempel kan det være relevant å kartlegge om pasienten er sterkere smertepåvirket i situasjoner hvor pasienten nekter helsehjelp, og om smertene har en sammenheng med at pasienten nekter helsehjelp og pasientens forståelse av helsehjelpens betydning i situasjonen.

At MOBID-2 krever observasjoner basert på fysiske mobiliseringer (Husebø et al., 2010) er en svakhet ved verktøyet i møte med pasienter som nekter sykepleieren å utføre kartleggingen. I tilfeller hvor pasienten nekter sykepleieren å utføre fysiske mobiliseringer bør sykepleieren se helheten i situasjonen, og anvende egen kompetanse og egne observasjoner, eventuelt diskutere situasjonen med andre sykepleiere ved behov. Sykepleieren kan ta opp situasjonen under legevisitt og drøfte mulige tiltak på bakgrunn av ulike observasjoner som ikke krever bruk av tvang.

## 6 Avslutning

Formålet med denne oppgaven var å besvare problemstillingen: «**Hvordan kan sykepleieren kartlegge smerter hos pasienter med demens på sykehjem?**». Problemstillingen tar utgangspunkt i sykepleieren; sykepleierens ansvarsområder og sykepleierens funksjon på sykehjem, i møte med smertekartlegging og demenssykdom; smertekartleggingsverktøy, gjennomføring av kartleggingen og ulike faktorer som påvirker resultat av kartleggingen, både fra sykepleierens side og fra pasientens side.

Å kartlegge smerter hos pasienter med demens handler om å forstå pasientens måte å uttrykke smerter på. Sykepleieren kjenner ikke selv den fysiske smertepåvirkningen pasienten opplever, og bruken av smertekartleggingsverktøy kan være relevant. Dårlig smertelindring hos pasienter med demens kan føre til økt smertelidelse og unødvendig bruk av psykotrope legemidler. Dette krever at sykepleieren innehar kunnskap om smertekartlegging og kan velge egnet kartleggingsfremgangsmåte.

I denne oppgaven har tre observasjonsbaserte verktøy: CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2, vært aktuelle. CNPI er en sjekklister og kan gi raske svar om pasienten er smertepåvirket, og kan sette grunnlag for videre intervensjoner. Doloplus-2 er et større verktøy, men sykepleierens kliniske erfaring og kompetanse er avgjørende for troverdig kartlegging. MOBID-2 tar utgangspunkt i mobiliseringer pasienten selv kan gjøre eller sykepleieren kan utføre, og dette krever at pasienter er villig til dette. Samtidig er et godt resultat ved bruk av MOBID-2 avhengig av at sykepleieren kjenner pasienten, og fortolker og graderer egne observasjoner basert på kunnskapen om pasienten denne relasjonen gir.

Smertekartlegging hos pasienter med demens ser ut til å være en kompleks oppgave som krever sykepleiefaglig oppfølging av pasienten og opplæring av personell. Bruken av smertekartleggingsverktøy er relevant da de kan fange opp og konkretisere ulike problemer, men det ser ut til at alle verktøy har både styrker og svakheter. Basert på innhentet forskning ser det ikke ut til å være *et* konkret verktøy som er best, men at avdelingens kunnskapsnivå og praksiskultur, sykepleierens kunnskapsnivå og pasientens vilje til samarbeid, supplert med ulike kartleggingsverktøy er avgjørende for å kunne møte problemstillingen.

## Referanseliste

- Abbey, J., Piller, N., Bellis, A. D., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International journal of palliative nursing*, 10(1), 6-13.
- Achterberg, W. P., Husebo, B. S., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., ... Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges.
- Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. (2015). Pain and aggression in nursing home residents with dementia: minimum data set 3.0 analysis. *Nursing research*, 64(4), 256-263.
- Bergsagel, I. (2015). Riktig å importere mer arbeidskraft? Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/importert-arbeidskraft>
- Bjøro, K. & Torvik, K. (2013). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (5. utg., s. 333-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Brudvik, M. & Nyen, B. (2016). Sjekkliste og skåringsskjema. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/sjekkliste-og-skaringskjema>
- Castarlenas, E., Jensen, M. P., von Baeyer, C. L. & Miró, J. (2017). Psychometric properties of the numerical rating scale to assess self-reported pain intensity in children and adolescents. *The Clinical journal of pain*, 33(4), 376-383.
- Cohen-Mansfield, J. & Lipson, S. (2008). The utility of pain assessment for analgesic use in persons with dementia. *Pain*, 134(1-2), 16-23.
- Corran, T. M., Farrell, M., Helme, R. D. & Gibson, S. (1997). The classification of patients with chronic pain: Age as a contributing factor. *The Clinical journal of pain*, 13(3), 207-214.
- Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. (2010). The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People*, 22(7), 29-37. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105108220>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utgave. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Di Muzio, M., Rosa, F. & Moriconi, A. (2018). Nutrition in dementia: a challenge for nurses. *Progress in Nutrition*, 20(1), 5-11.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Epps, C. D. (2001). Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatric Nursing*, 22(2), 71-78.
- Ersek, M., Herr, K., Neradilek, M. B., Buck, H. G. & Black, B. (2010). Comparing the psychometric properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) instruments. *Pain Medicine*, 11(3), 395-404. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00787.x>
- Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.
- Frølich, S. (2011). *Kroniske smerter*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Gulla, C. S., G., Flo, E., Kjome, R., Kirkevold, Ø. & Husebo, B. S. (2015). Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-016-0287-1>
- Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kåreholt, I. & Johnell, K. (2011). Pain treatment in elderly persons with and without dementia. *Drugs & aging*, 28(4), 283-293.
- Helmers, A.-K. B. (2018). Peker ut seks typer uro hos demente, en av dem skyldes medisiner. Hentet 16.03.2019 fra <https://sykepleien.no/2018/04/peker-ut-seks-typer-uro-hos-demente-en-av-dem-skyldes-medisiner>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2019). Symptomer og tilstander, Smerte, Definisjon. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon>
- Helsekompetanse. (2019). Doloplus-2. Hentet fra <http://lindring.helsekompetanse.no/sites/lindring.helsekompetanse.no/files/Doloplus%20-%202%5B1%5D.pdf>

- Herr, K., Bursch, H., Ersek, M., Miller, L. L. & Swafford, K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 18-31. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100108-04>
- Horgas, A. L., Nichols, A. L., Schapson, C. A. & Vietes, K. (2007). Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Management Nursing*, 8(2), 77-85.
- Husebø, B. S. (2008). *Assessment of Pain in Patients with Dementia* Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3159/Dr.Thesis\\_Betina\\_%20Husebo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3159/Dr.Thesis_Betina_%20Husebo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Husebø, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011, 343. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe - Nilssen, R., Husebø, S. B. & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180-189.
- Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe - Nilssen, R., Husebø, S. B. & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID - 2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 380-391.
- Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Hjermsstad, M. J., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2007). Dolopius-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC geriatrics*, 7(1), 29.
- IASP. (2019). IASP Terminology. Hentet fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jagmann, H. (2015). Dårlig norsk truer pasientene. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring/darlig-norsk-truer-pasientene-1.12162167>
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2009). Sykepleiediagnose. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleiediagnose>

- Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2008). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Landmark, T., Romundstad, P., Borchgrevink, P. C., Kaasa, S. & Dale, O. (2011). Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. *International Association for the Study of Pain*.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.04.029>.
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A. & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC geriatrics*, *14*(1), 138.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>
- Lövheim, H., Sandman, P.-O., Kallin, K., Karlsson, S. & Gustafson, Y. (2006). Relationship between antipsychotic drug use and behavioral and psychological symptoms of dementia in old people with cognitive impairment living in geriatric care. *International Psychogeriatrics*, *18*(4), 713-726.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610206003930>
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, *50*(4), 1217-1225.  
<https://doi.org/10.3233/JAD-150808>
- Malt, U. (2018). Psykometri. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykometri>
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain* (2. utg.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nyborg, G., Brekke, M., Straand, J., Gjelstad, S. & Romøren, M. (2017). Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGE-P-NH criteria. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0608-z>
- Nygaard, H. A. & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age & Ageing*, *35*(1),



- 79-81. Hentet fra  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106429245>
- Orgeret, K. S. (2018). Kildekritikk. Hentet fra <https://snl.no/kildekritikk>
- Persons, A. P. o. P. P. i. O. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6 Suppl), S205.
- Rognstad, S., Brekke, M., Fetveit, A., Spigset, O., Wyller, T. B. & Straand, J. (2009). The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients: a modified Delphi study. *Scandinavian journal of primary health care*, 27(3), 153-159.  
<https://doi.org/10.1080/02813430902992215>
- Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Puts, M. & Halvorsrud, L. (2017). Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review. *BMC geriatrics*, 17(1), 257.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0643-9>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red.), *Smerter* (s. 127-142). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2* (s. 137-181). Oslo: Akribe AS.
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S. & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*, 8(6), 555-565.
- Slettebo, A. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 169-179). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Solheim, K. (2015). *Demensguiden* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Spigset, O. (2007). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K. (2012). Smertekartlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon. *BestPractice nr. 10*. Hentet fra  
<https://www.lundbeck.com/upload/no/files/pdf/temahefter/smertekartlegging.pdf>
- Torvik, K. (2013). Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge *Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Nord-Trøndelag*.

*Rapportserie – nr. 2/2013*. Hentet fra [https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport\\_2-2013.pdf](https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport_2-2013.pdf)

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. *BioMed Central Ltd. 2010*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9>

van Kooten, J., Smalbrugge, M., van der Wouden, J. C., Stek, M. L. & Hertogh, C. M. P. M. (2017). Evaluation of a Pain Assessment Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia. *Journal of Pain & Symptom Management, 54*(5), 727-731.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.020>

Web of Science. (2019). Hentet fra

[https://apps.webofknowledge.com/CitationReport.do?product=WOS&search\\_mode=CitationReport&SID=D4Nqi74QK49y6IrCKaN&page=1&cr\\_pqid=7&viewType=summary&colName=WOS](https://apps.webofknowledge.com/CitationReport.do?product=WOS&search_mode=CitationReport&SID=D4Nqi74QK49y6IrCKaN&page=1&cr_pqid=7&viewType=summary&colName=WOS)