

**BSYBAC**

**Bacheloroppgave i Sykepleie**



---

Universitetet  
i Stavanger

Smerter hos pasienter med langtkommen demens

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger 02.01.2023]*

Kandidatnummer: 1648 og 1671

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

Sammendrag:

### *Bakgrunn*

Forskning viser at 1 av 3 norske sykehjemspasienter med demens opplever så store smerter at det påvirker funksjonsnivå og livskvalitet i de siste årene av pasientens liv (Helvik et al., 2021, s.1787). Pasienter med langtkommen demens har høy grad av kognitiv svikt og vansker med å uttrykke sin smerte hensiktsmessig. I møte med denne pasientgruppen har sykepleier en viktig rolle med å vurdere pasientens smerter. Sykepleiers vurdering er avgjørende for at pasienten får tilstrekkelig smertelindring.

### *Hensikt*

Å belyse sykepleiers erfaring med å vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Videre ønsker vi å fremheve faktorer som kan bidra til forbedring av systematisk smertekartlegging til pasientgruppen i sykehjem.

### *Metode*

Vi har utarbeidet en litteraturoversikt med utgangspunkt i Fribergs (2017) metode for oppgaveskriving. Vi har analysert fire forskningsartikler og hentet ut funn fra disse som sammen med relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner danner grunnlag for besvarelsen.

### *Resultater*

Studiene vi har undersøkt viser at sykepleierne behøver mer kunnskap om bruk av egnede skjema for å kunne vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens, i henhold til evidensbasert anbefalinger. Videre viser resultatene at sykehjemmene bør arbeide med fagutvikling og etablere interne retningslinjer for smertevurdering for å sikre systematikk i smertekartleggingen.

Nøkkelord: Smerte, sykepleie, kartlegging, vurdering, vurderingsskjema, langtkommen demens, forsvarlighet, sykehjem, lidelse, konsensus, retningslinjer.

«Mitt jeg skiller seg ikke vesentlig fra ditt ved tanken. Mange mennesker, få ideer – vi tenker alle omtrent det samme, i det vi overfører, låner og stjeler ideer fra hverandre. Men hvis noen trækker på tærne mine, er det jeg alene som føler smerten. Jegets grunnlag er ikke tanken, men lidelsen, den mest elementære av alle følelser. I lidelsen kan ikke en katt tvile på sitt enestående og utskiftbare jeg. Når lidelsen blir akutt, svinner verden hen, og hver og en av oss står alene igjen med seg selv».

( Nortvedt 2016, s.175)

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Presentasjon av problemformulering og hensikt .....	7
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	8
2.1 Demens .....	8
2.2 Smerte .....	9
2.3 Systematisk kartlegging – et sykepleiefaglig ansvarsområde .....	9
2.3.1 Vurderingsskjema som kartleggingsverktøy .....	10
2.3.2 Kartlegging av smerter hos pasienter med langtkommen demens .....	10
2.4 Lindring av smerter - etisk perspektiv .....	11
2.4.1 Sykdomslidelse .....	12
2.4.2 Pleielidelse .....	12
<b>3.0 METODE</b> .....	13
3.1 Integrativ litteraturstudie .....	13
3.2 Litteratursøk .....	14
3.2.1 Søkestrategi, inkluderings og ekskluderings kriterier .....	14
3.2.2 Valg av databaser og søkeord .....	14
3.3 Valg av artikler .....	16
3.4 Analyse .....	17
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	18
4.1 Vurdering av smerter .....	18
4.1.1 Bruk av vurderingsskjemaer for smertekartlegging .....	18
4.1.2 Vansker med kommunikasjon og samhandling .....	19
4.1.3 Samarbeid med pårørende .....	20
4.2. Organisatoriske utfordringer .....	21
4.2.1 Mangel på rutiner og retningslinjer i avdelingen .....	21
4.2.2 Behov for kompetanseheving .....	21
4.2.3 Mangel på tid til å yte god sykepleie .....	21
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	23
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.1.1 Bekreftende funn mellom studiene .....	23
5.1.2 Bruk av kvalitativ metode .....	23
5.1.3 Valg av artikler .....	23
5.1.4 Forskerens bakgrunn .....	24
5.1.5 Kommunikasjon .....	24

5.1.6 Rom for feil.....	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1 Vurdering av smerter.....	25
5.2.2 Organisatoriske utfordringer .....	27
5.3 Konklusjon .....	29
<b>6. ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>30</b>

**Vedlegg**

Vedlegg 1.	Søkelogg
Vedlegg 2.	Litteraturmatrise
Vedlegg 3:	Arbeid i Fribergs analysemodell
Vedlegg 4:	PAIC-15
Vedlegg 5:	MOBID -2
Vedlegg 6:	DOLOPLUS -2

Antall ord: 7955

## 1.0 INNLEDNING

*Det er søndag ettermiddag på sykehjemmet. Nederst i korridoren står døren inn til et pasientrom på gløtt, og ut strømmer lyden av jamrende rop og stønn. Ola, som alltid har vært så sterk og frisk, sitter nå sammenkrøpet i sengen og roper. Demenssykdom har frarøvet han all mulighet for å formidle sin lidelse slik at noen forstår. Sykepleier på dagvakt mener at Olas roping skyldes forvirring og for mye stimuli etter at hans datter var på besøk. Sykepleier på aftenvakt mener at Ola har hallusinasjoner og trenger beroligende medisiner. Ingen av sykepleierne vurderer om Ola kan ha smerter og behov for smertelindring (Pasienthistorien er basert på erfaring fra praksisperiode og anonymisert).*

Som sykepleierstudenter gikk vi sammen i praksis og opplevde situasjonen beskrevet ovenfor på en sykehjemsavdeling. Dette var en situasjon som gjorde sterkt inntrykk på oss. Vi opplevde at pasientens lidelse ble vurdert ulikt avhengig av hvilken sykepleier som var på vakt og at det i liten grad ble gjort systematiske kartlegginger for å avklare pasientens situasjon. Å være vitne til at en pasient uttrykker så mye lidelse og desperasjon skapte en følelse av avmakt og fortvilelse, men la også grunnlag for et sterkt engasjement i oss begge for god sykepleie til pasienter med langtkommen demenssykdom.

Vi har dessverre erfart at Olas situasjon ikke var unik. Gjennom senere praksisperioder og i arbeidsliv har vi opplevelsen av at det utøves lite systematisk kartlegging til pasientgruppen, særlig når det kommer til vurdering av smerter.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tall fra FHI anslår at i overkant av 80 prosent av pasienter med langtidsplass i sykehjem i Norge har en form for demenssykdom (Strand, Vollrath & Skirbekk, 2021) og en stor andel av disse pasientene har langtkommen demens (Rostad, Grov, Utne & Kjølner, 2019, s.3).

Ved langtkommen demens er pasientens evne til kommunikasjon og samhandling svært svekket. I tillegg har pasientene ofte høy alder, lavt funksjonsnivå og ulike somatiske helsetilstander. Denne sammensatte helsetilstanden fører til at pasientgruppen er i særlig risiko for å ha smerter uten å kunne formidle det på en hensiktsmessig måte. Nyere forskning viser at 1 av 3 norske sykehjemspasienter med demens opplever så store smerter at det påvirker funksjonsnivå og livskvalitet i de siste årene av pasientens liv (Helvik et al., 2021, s.1787). For å sikre en faglig forsvarlig smertekartlegging er det derfor anbefalt bruk av

systematiske vurderingsskjema som er spesielt utviklet for pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2022).

I 2013 viste en stor studie utført av Senter for omsorgsforskning at flertallet av sykehjemsavdelingene i studien ikke brukte vurderingsskjema for systematisk kartlegging av smerter hos pasientgruppen (Larsen & Knudsen, 2013, s. 287). Ut fra de erfaringene vi har gjort oss i praksisperioder er vår opplevelse at vurderingsskjema fortsatt sjelden brukes, og at sykepleiers observasjoner og vurdering av smerter hos pasienten kan virke noe tilfeldig avhengig av sykepleiers kunnskap og holdninger.

Ved å utforske temaet i bacheloroppgaven, økes vårt grunnlag for å arbeide med systematisk og kunnskapsbasert smertekartlegging i praksis.

## 1.2 Presentasjon av problemformulering og hensikt

På grunn av høy alder og lavt funksjonsnivå har ofte pasienter med langtkommen demens høy komorbiditet med sykdommer eller plager som kan medføre smertetilstander. Alvorlig kognitiv svikt gjør det vanskelig å formidle smerten på en hensiktsmessig måte (Helsedirektoratet, 2022). Pasientgruppen er derfor avhengige av at helsepersonellet som ivaretar deres pleie- og omsorgsbehov også vurderer om de kan ha smerter. Dersom helsepersonellet ikke oppfatter pasientens smerter, står pasienten i fare for utilstrekkelig smertelindring. Manglende lindring av akutt eller kronisk smerte kan påvirke pasientens helsetilstand, livskvalitet og føre til stor lidelse (Torvik & Bjørno, 2016, s.392). En litteraturoversikt om forskning på tematikken vil kunne fremme sykepleieferdigheter og vurderingsskjema for systematisk kartlegging av smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem.

Hensikten er å belyse sykepleiers erfaring med å vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Videre ønsker vi å fremheve faktorer som kan bidra til forbedring av systematisk smertekartlegging hos pasientgruppen i sykehjem.

## 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Oppgavens teoretiske perspektiv er knyttet opp mot demens og smerte. Videre vektlegges sykepleiers faglige, juridiske og etiske ansvar for å utøve systematisk kartlegging av pasientens smerter.

### 2.1 Demens

Demens er en tilstand som skyldes sykdommer eller skader i hjernen og innebærer progredierende kognitiv funksjonssvikt hos tidligere kognitivt friske personer (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.411). Mest vanlig årsak er Alzheimers sykdom som er en degenerativ hjernesykdom der nerveceller i hjernen skades og dør (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.413). En annen vanlig årsak er sykdomsforhold i hjernens blodsirkulasjon. Disse tilstandene betegnes som vaskulær demens. Det finnes også en rekke andre sykdommer eller skader som kan forårsake demens (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.414).

Alle former for demens er progredierende. Den som rammes vil gradvis oppleve økt kognitiv svekkelse og funksjonstap. Hvor raskt demensen utvikler seg og hvordan pasienten påvirkes kognitivt vil variere avhengig av sykdomsårsak og hvilken del av hjernen som rammes. Likevel sees ofte en del felles symptomer hos pasientgruppen, som nedsatt hukommelse, svekket oppmerksomhet, manglende evne til orientering, vansker med å utføre praktiske handlinger, manglende evne til å tolke sanseinntrykk og adferdsforstyrrelser (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.416-417). Demenstilstanden kan medføre stor psykisk belastning. Forvirring, manglende forståelse, å ikke klare å gjøre seg forstått eller å få ivaretatt nødvendige behov gjør at mange opplever stor uro og engstelse (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.418).

Verdens helseorganisasjon deler demenssykdommer i tre stadier basert på grad av kognitiv svekkelse: *Early stage*, *middels stage* og *late stage* (WHO, 2022). I norsk faglitteratur oversettes gjerne begrepet *late stage* til *langtkommen*. Dette stadiet av sykdommen innebærer at pasientens evne til logisk tenkning og evnen til å ta hensiktsmessige avgjørelser, er svært redusert (Rostad et al., 2019, s.3). I tillegg kan pasienten ha store adferdsendringer, vansker med å kjenne igjen familie og kjente og vansker med mobilisering. Pasienten i dette stadiet har derfor lavt funksjonsnivå og stort behov for bistand, pleie og omsorg (WHO, 2022).



## 2.2 Smerte

Smerte er en normal opplevelse fra sanseceller i kroppen og fungerer som et biologisk varsel om sykdom og- eller skade. Opplevelse av smerte er tidsavgrenset og forsvinner ved suksessfull behandling eller når skaden er reparert (Nortvedt, 2016, s.175). Smerte er en subjektiv erfaring og opplevelsen er individuell. Smerte er ikke viljestyrt, ikke *oppfunnet*, men oppleves her og nå (Nortvedt, 2016, s.173) .

Ved akutte smerter vil pasienten kunne ha nonverbale uttrykk som stønning, grimaser og anspenhet. Fysiologiske tegn som kan observeres av sykepleier er blodtrykk, respirasjon og økning i puls, kald- og klam hud og dilatasjon av pupiller. Ved kronisk smerte forsvinne disse tegnene. Pasienten tilpasser seg fysiologisk og psykisk og det kroppslige uttrykket blir redusert. Sykepleiers oppgaver i forhold til observasjon og kartlegging blir derfor vanskeligere. «Jo sterkere smerten er, jo tausere er den» (Nortvedt, 2016 s.175). Kronisk smerte blir beskrevet som en dysfunksjonell smerte som forringer livskvalitet og gir store lidelser. Den frarøver pasienten søvn, gir konsentrasjonsproblemer, gir en følelse av hjelpeløshet, av ensomhet og nedstemthet (Nortvedt, 2016, s.175).

En rekke tidligere studier har vist at eldre mennesker får dårligere smertebehandling enn yngre med tilsvarende sykdom og smerteintensitet. Noe av årsaken skyldes mangel på kunnskap og ferdigheter hos sykepleiere og lege (Torvik & Bjørno, 2016, s.392), samt mangel på klare retningslinjer for systematisk og målrettet smertevurdering og dokumentasjon (Torvik & Bjørno, 2016, s.393). I nasjonal faglig retningslinje om demens er det anbefalt at smerteutredning bør gjennomføres med bruk av strukturerte verktøy for å tilpasse smertelindringen etter behov. Dette gjelder særlig til pasienter med moderat til alvorlig grad av demens og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2022).

## 2.3 Systematisk kartlegging – et sykepleiefaglig ansvarsområde

Kartlegging og vurdering av pasienters pleie og omsorgsbehov inngår i sykepleieprosessen som en viktig og sentral sykepleieroppgave med to hovedformål; Å danne grunnlag for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg, og å kunne oppdage endringer i helsetilstanden som krever tiltak. Det er både nasjonal og internasjonal enighet om at god sykepleie og behandling til syke eldre forutsetter omfattende og systematiske vurderinger av pasientene, der bruk av validerte vurderingsskjemaer inngår som en naturlig del av dette (Kirkevold, 2015, s.122).

### *2.3.1 Vurderingsskjema som kartleggingsverktøy*

Sykepleier er av helsepersonelloven §.4 pliktig til å utføre sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet, herunder plikten til å innhente og nedtegne opplysninger. Innhentede relevante opplysninger om pasienten danner grunnlag for å treffe riktige beslutninger om behandlings- og pleietiltak (Molven, 2016, s.139). Ved å bruke vurderingsskjemaer som kartleggingsverktøy kan sykepleier tydeliggjøre datagrunnlaget for sine vurderinger av pasientens tilstand (Kirkevold, 2015, s.123).

Systematisk vurdering og registrering av smerte er et sykepleiefaglig ansvarsområde. Sykepleier har ansvar for å samle data om smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet og lindrende eller utløsende faktorer (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.398). Bruk av vurderingsskjemaer ved smertekartlegging bidrar til en mer presis dokumentasjon og kommunikasjon til kollegaer og andre yrkesgrupper, og danner et tydeligere grunnlag for smertebehandling (Kirkevold, 2015, s.125). Sykepleierne får et felles begrepsapparat slik at individuelle holdninger og oppfatninger får mindre betydning (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.398). Presis dokumentasjon og rapportering til legene gir et bedre beslutningsgrunnlag for å forordne smertebehandling tilpasset den enkelte pasients behov (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.390). Ved å bruke systematiske kartleggingsverktøy over tid, kan man følge pasientenes smerteutvikling, samt evaluere effekten av smertelindrende tiltak (Torvik & Bjørno, 2016, s.395).

### *2.3.2 Kartlegging av smerter hos pasienter med langtkommen demens*

Forskning har vist at smerte oppdages oftere når sykepleieren også bruker vurderingsskjema i kartleggingen sammenlignet med bare klinisk skjønn (Torvik & Bjørno, 2016, s.398). For å kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens er det utviklet flere ulike vurderingsskjema. Skjemaene tar hensyn til pasientenes sviktende språkevne og baserer seg derfor på observasjoner av adferd og nonverbale smerteuttrykk (Torvik & Bjørno, 2016, s.397). Vurderingsskjemaene for denne pasientgruppen måler i hovedsak tilstedeværelse av smerte, og i mindre grad intensitet. Det er derfor avgjørende at både scoringsresultater og sykepleiers kliniske skjønn inngår i en totalvurdering av pasientens smertesituasjon (Torvik & Bjørno, 2016, s.398).

I nasjonale faglige retningslinjer for demens trekkes vurderingsskjemaene MOBID-2 smerteskala og Doloplus-2 frem som egnede kartleggingsverktøy for pasientgruppen, samtidig som det presiseres at det er lite forskningsdokumentasjon som gir grunnlag for å anbefale det ene fremfor det andre (Helsedirektoratet, 2022). MOBID-2 smerteskala baserer

seg på observasjoner gjort av pasienten under mobilisering. Vurderingsskjemaet innebærer en systematisk gjennomgang av ulike vurderingselementer som gjennomføres mens sykepleier kartlegger om pasienten gir uttrykk for smerte, smertens lokasjon, og intensitet (Torvik & Bjørno, 2016,s.398) se vedlegg 5. Doloplus-2 er først og fremst utviklet for å kartlegge kronisk smerte hos pasientgruppen (Torvik & Bjørno, 2016, s.398). Vurderingsskjemaet baserer seg på konkrete observasjoner av smerteadferd og funksjonsnivå (Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge & Kaasa, 2005, s.1839) se vedlegg 6.

Gjennom det europeiske forskningssamarbeidet «The European Cooperation in Science and Technology» er det nylig også utviklet et nytt vurderingsskjema for smerter, PAIC-15 (Kunz et al., 2019, s.203). I utviklingen er det tatt utgangspunkt i de mest brukte smertekartleggingsverktøyene for pasienter med nedsatt kognisjon med hensikt om å samle de beste vurderingselementene fra hvert av disse i et nytt, internasjonalt og forskningsbasert kartleggingsverktøy. Resultatet er 15 vurderingselementer som danner et solid grunnlag for det nye smertekartleggingsverktøyet «The Pain Assessment in Impaired Cognition scale (PAIC15)». De 15 elementene er sortert under tre kategorier der sykepleier skal vurdere pasientens ansiktsuttrykk, kroppsspråk og verbale lyder og gi en skår i henhold til tilstedeværelsen av visse tegn, se vedlegg 4. Jo høyere samlet scor sykepleier finner, jo mer sannsynlig er tilstedeværelsen av smerte hos pasienten ( Kunz et al., 2019, s.205).

#### 2.4 Lindring av smerter - etisk perspektiv

I henhold til yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren «...et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Norsk Sykepleierforbund, 2022). Kjennskap til etiske prinsipper og moralske verdier legger grunnlag for den moralske bevisstheten innenfor profesjonen (Kristoffersen, 2016, s. 160).

Gjennom Katie Erikssons teori kan en forstå omsorg som sykepleiers grunnholdning og tilnæringsmåte i en situasjon der en pasient må ha hjelp og mottar profesjonell omsorg. Sykepleier skal se og møte pasienten i sin helhet og ikke sette søkelys på diagnose alene. Sykdom, fysisk og psykisk svekkelse truer pasientens verdighet og autonomi og det er sykepleiers oppgave å fremme pasientens verdighet, gjennom faglig og omsorgsfull sykepleie. Pasientens behov skal ivaretas, og dagen tilrettelegges slik at pasienten selv er i stand til å delta aktivt i sin pleie på det nivået pasienten ønsker og er i stand til (Kristoffersen, 2016, s. 27).

Dersom pasientens behov for lindring av smerte ikke blir oppdaget eller behandlet effektivt kan det medføre alvorlige helsemessige konsekvenser, redusere pasientens livskvalitet og bidra til stor lidelse (Torvik & Bjørno, 2016, s.392). Eriksson definerer begrepet lidelse på tre ulike vis; sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse (Eriksson, 1995, s.68). Vi vil i denne oppgaven trekke frem sykdomslidelse og pleielidelse.

#### *2.4.1 Sykdomslidelse*

Gjennom Erikssons teori kan vi se på sykdomslidelse på to måter; den fysiske, som er forårsaket av sykdom og behandling, og den sjelelige lidelsen som innebærer følelser som skam, skyld og fornedrelse under behandling (Eriksson, 1995, s.67). Den fysiske lidelsen, gjerne smerte, er ofte en del av sykdomslidelse, og kan oppta hele pasientens oppmerksomhet. Dette reduserer pasientens evne til å ivareta sine basale behov og videre hvordan lidelsen kan mestres. «Den fysiske smerten bør lindres med alle midler som står til rådighet» (Eriksson, 1995, s.67).

#### *2.4.2 Pleielidelse*

Allerede i 1959 beskrev Florence Nightingale hvordan ensomhet, bekymringer, venting og redsel er opphav til pasientens lidelse. Nightingale mente at denne formen for lidelse ikke nødvendigvis er et sykdomstegn, men et symptom på utilstrekkelig pleie. Eriksson påpeker med dette at selve begrepet «pleielidelse» ikke var i bruk før på 1990-tallet, men at begrepets innhold er et kjent fenomen (Eriksson, 1995, s. 69). Ifølge Erikssons lidelsesteori innebærer pleielidelse at pasientens verdighet har blitt krenket, eller at pasienten opplever fordømmelse, straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Eriksson mener at det å krenke pasientens verdighet er den mest forekomne formen for pleielidelse og at alle andre former for pleielidelse bunner i krenket verdighet (Eriksson, 1995, s. 70).

### 3.0 METODE

Ifølge Dalland er metode å arbeide systematisk og sannferdig innenfor et interesseområde.

Metode er et verktøy i undersøkelsen og et hjelpemiddel til å samle inn informasjon.

«Forskeren utfordres til å beskrive denne veien og redegjøre for de valgene som er tatt underveis mot målet» (Dalland, 2017, s. 54). Artiklene vi har lagt til grunn for vårt arbeide er empiriske forskningsartikler av kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir informasjon til leseren i form av tall, statistikk og målbare data. Meninger og opplevelser som ikke er målbare beskrives i kvalitativ metode. Forskjellen på kvantitativ og kvalitativ metode kan forklares med at det i kvantitativ metode presenteres harde data- tall og allmenngyldige data. Mens det i kvalitativ presenteres myke data- opplevelse og unik livsverden (Dalland, 2017, s. 52-53).

#### 3.1 Integrativ litteraturstudie

Oppgaven skrives som en integrativ litteraturoversikt, denne arbeidsmåten tillater bruk av, og fordypning i, både kvalitativ og kvantitativ forskning (Friberg, 2017, s.150). Pensumlitteratur for bachelor i sykepleie ved universitetet i Stavanger ligger til grunn for denne oppgaven og danner en teoretisk forankring for tolkning av resultatene funnet i studiene. Vi benytter forskning som allerede er publisert for å danne et grunnlag for å besvare en hypotese eller en problemstilling innenfor et avgrenset område. Fribergs metode for oppgaveskriving ligger til grunn for vårt arbeid, den innebærer følgende faser:

Tabell 3.1

Identifisere og avgrense et problemområde
Søke etter vitenskapelige artikler
Få overblikk (helikopterperspektiv)
Avgrense utvalget av artikler
Granske artikkelens troverdighet og kvalitet
Analysere artikler <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finne likheter og forskjeller</li> <li>• Formulere sammenfallende temaer</li> </ul>
Formulere en sammenstilling av dataene funnet i artiklene

(Friberg, 2017, s. 145, egen oversettelse)

Ved å benytte en integrativ litteratur oversikt, skal vi i tillegg til å legge frem resultater fra artiklene, lage ny konklusjon og verifisere denne ut fra valgte problemformulering (Friberg,

2017, s. 150). Siden integrativ kan forstås som helhetlig, kan vi ved bruk av integrativ metode, skape en ny helhet av innhentet og fremlagt materiale.

### 3.2 Litteratursøk

Dette kapittelet vil forklare hvordan vi har gått frem under søk etter litteratur. Ifølge Friberg er det viktig å nøye redegjøre for hvordan søkeprosessen har foregått slik at den som leser «skal kunne vurdere relevansen av tekstene som er valgt for analysen» (Friberg, 2017, s. 87, egen oversettelse).

#### 3.2.1 Søkestrategi, inkluderings og ekskluderings kriterier

Fribergs strukturerte metode for litteratursøk ligger til grunn for vårt arbeide i søk etter forskningsartikler. I forkant av søket gjennomgikk vi avgrensninger og søkeord som kunne være hensiktsmessige å benytte. Vi ønsket så ny og oppdatert forskning som mulig. Derfor var to av inkluderings kriteriene publiserings år mellom 2012-2022 og at artikkelen var fagfellevurdert. Vi ønsket å finne forskning gjort i skandinaviske land og legge denne til grunn for vårt arbeide, dette fordi vi ønsket at demografi og helsesystem skulle være så likt det norske som mulig. Videre søkte vi etter forskning som omhandlet smerter og smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Vi mener dette er et viktig fokusområde fordi 1/3 av nordmenn diagnostisert med demens i spesialisthelsetjenesten blir sykehjemsbeboere i løpet av 10 år etter diagnostidspunkt. Median overlevelses alder etter innleggelse er 2,1 år for menn og 2,4 år for kvinner. Dette betyr at de personene med demens som blir innlagt på sykehjem ofte har svært fremskreden demens sykdom når de innlegges (Strand et al., 2021).

#### 3.2.2 Valg av databaser og søkeord

Vi benyttet oss av databaser som er relevante for helsefag for å kunne finne artikler innenfor interesseområdet. Eksempler på slike databaser er SveMed+, CHINAL, Idunn, og British Nursing Index. Oria fremmer norskspråklige artikler, derfor var det et bevisst valg å benytte akkurat denne søkemotoren da vi svært gjerne ønsket å finne norsk forskning på området. Ved søk i Oria ble det derfor brukt norske nøkkelord; smerte, demens og smertekartlegging.

Videre i søkeprosessen startet vi innledende søk i nevnte databaser. SveMed+ og CHINAL skilte seg fort ut som de søkemotorene vi fikk best utbytte av. I disse søkemotorene benyttet vi nøkkelord på engelsk; nursing home, dementia, pain, pain scale og pain assessment. I et søk ble nursing home forsøkt byttet ut med nursing homes, care homes long term care, residential

care, og aged care facility. For at søket skulle gi best mulig treff ble det brukt AND og OR imellom søkeordene i varierte sammensetninger. Vi har også benyttet oss av \*, kalt trunkering, for å kunne gi en frihet på søkeordets avslutning. Eksempelvis ordet smerte skrevet som «smert\*», kan gi treff på smerter, smerte, smerten, smertens etc. Tabell 3.2 nedenfor viser hvilke sammensetninger som ble brukt i enkeltsøk.

Tabell 3.2

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25/10-22.	SveMed +	Dementia AND Pain	2012 -2019. Peer Reviewed.	5	4	1	1
25/10-22	Oria	Smertekartlegging AND demens	Norsk, 2012-2022	3	1	1	1
25/10	CHINAL	Dementia AND pain AND nursing home*	Årstall 2012-2022 Peer Reviewed Europa, Engelsk	120	6	3	1
25/10	Oria	Smerte AND Demens	2012-2020, artikkel,	6	2	1	1
26/10-22	CHINAL	Dementia AND Pain AND Assessment AND Nurs*	2012-2022 Peer Reviewed Full text, Europa Engelsk	14	4	0	
01/11-22	CHINAL	Dementia AND Pain scale	2010-2022 Peer Reviewed Europa	60	1	1	
01/11-22	CHINAL	Nurse* AND (nursing homes or care homes or long-term care or residential care or aged care facility) AND pain assessment	2012-2022 Peer Reviewed, Europa,	114	1	1	
12.11-22	IDUNN	Smert* AND demen*	2012-2022, forskningsartikkel	65	3	2	

Følgende kriterier for avgrensninger ble brukt; peer reviewed, artikkel, full text, Skandinavia eller Europa. Ønsket publiserings år var 2012-2022, men vi lette først og fremst etter artikler publisert de siste år da vi ønsket at forskningen skulle være av så ny dato som mulig. Vi ønsket å finne forskning som tok utgangspunkt i sykepleiers perspektiv. Derfor var det viktig at artiklene hadde et sykepleiefaglig utviklingsperspektiv eller var rettet mot sykepleiers faglige og etiske forpliktelser for tidlig identifisering av smerter hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem.

### 3.3 Valg av artikler

Søkeprosessen gav oss treff på over 300 artikler som inneholdt ordene vi har brukt under søkeprosessen. Det var det viktig at artiklenes hensikt sammenfalt med det vi ønsket å utforske i oppgaven vår. Mange av artiklene hadde liten eller ingen relevans for vår problemstilling og ble ekskludert. Ved å lese artikkelen tittel, tema og sammendrag fikk vi en oppfatning av hvorvidt artikkelen var av interesse for videre lesning. Av totalt 19 artikler som ble lest abstrakt, leste vi helt gjennom ti artikler, der en artikkel måtte bestilles og hentes på UIS biblioteket, resten var tilgjengelige i full tekst på internett.

Valideringsprosessen av artiklene innebar at vi i første omgang leste sammendrag og så etter IMRaD struktur i artikkelen. For å kunne følge artikkelforfatternes fremgangsmåte fra start til slutt, tok vi stikkprøver for sjekk av referanser og sjekket de. Dette med mål om å kontrollere artiklenes transparens eller åpenhet, det vil si å kontrollere at påstandene i artikkelen er etterprøvbare. Videre vurderte vi hvilke forskningsmetoder som hadde blitt brukt og hvilket perspektiv forskningen hadde. Vi noterte oss hvordan artikkelen var blitt publisert og hvilket land forskningen var utført i. Vi har også vært svært selektive på hvor gamle artiklene skulle være. Dette har resultert i at vi har artikler fra følgende år: 2013, 2015, 2019 og 2021.

Vi valgte til slutt ut fire artikler som videre ble lagt som grunnlag for oppgaven. To artikler var av kvantitativ metode og to artikler var av kvalitative metode. Til tross for vårt ønske om skandinaviske artikler har vi inkludert en artikkel som omhandler forskning utført utenfor Skandinavia. Av artiklene som ble inkludert var to artikler fra Norge, en fra Sverige og en fra Storbritannia. De fire artikler som har dannet grunnlaget for vår oppgave er presentert i Tabell 3.3 under:



Tabell 3.3:

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Lillekroken & Slettebø, 2013. Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Hvordan sykepleier avdekker smerter hos pasienter med demens.	Å undersøke sykepleiers erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Sykepleier	Kvalitativ
Rostad et al. 2020, Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter.	Kartlegge forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom, og undersøke hva som kjennetegner denne pasientgruppen.	Undersøke hva som kjennetegner sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte. Studien sammenlignet demografiske og kliniske kjennetegn mellom gruppene beboere med og beboere uten smerter.	Sykepleier	Kvantitativ
Burns & McIlfatric, 2015, Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	Holdninger og kunnskap ift. kartlegging av smerte hos pasienter med demens i sykehjem.	Hensikten med studien var å avdekke sykepleiers holdninger og kunnskap ift. kartlegging av smerter hos pasienter med demens i sykehjem, og finne faktorer som kan påvirke kunnskap og holdninger	Sykepleier	Kvantitativ
Emma Lundin og Tove E. Godskesen, 2021, End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	Verbale og nonverbale kommunikasjonsvansker gjør det vanskelig for sykepleier å vite om pasienten er godt smerte lindret.	Å beskrive sykepleiernes erfaringer med omsorg for personer med langtkommen demens og smerter ved livets slutt.	Sykepleier	Kvalitativ

### 3.4 Analyse

I det analytiske arbeidet med artiklene arbeidet vi først hver for oss, hvor vi leste grundig gjennom de fire artiklene som vi hadde valgt ut. Vi noterte oss nøkkelfunn i hver artikkel og benyttet Fribergs figur for «faser i det analytiske arbeidet» (Friberg, 2017, s.133).

Gjennom denne prosessen fastslo vi i første fase et problem eller utfordring : «Manglende smertelindring av pasienter med langtkommen demens i sykehjem». I fase to definerte vi aktuelle søkeord, og gjennomførte litteratursøk. Ved funn av interessante artikler gransket vi artikkelens kvalitet. I fase tre valgte vi ut aktuelle studier vi mente kunne besvare vår hensikt med oppgaven. Gjennom fase fire definerte vi to hovedkategorier og seks underkategorier med funn fra artiklene som vi mente besvarte vår hensikt med oppgaven. Kategoriene er fremstilt i tabell 3.4 under, med nærmere utdypning i oppgavens resultatdel 4.0. I fase fem sammenstilte og diskuterte vi betydningen av funnene og deres relevans for anvendelse i

praksis. Denne prosessen kan sees mer utfyllende i vedlegg 3. Ved å benytte denne arbeidsmetoden fikk vi belyst likheter og ulikheter i artiklene.

Tabell 3.4

Hovedkategorier	Underkategorier
Vurdering av smerter	Bruk av vurderingsskjemaer for smertekartlegging Vansker med kommunikasjon og samhandling Samarbeid med pårørende
Organisatoriske utfordringer	Mangel på rutiner og retningslinjer i avdeling Behov for kompetanseheving Mangel på tid

## 4.0 RESULTATER

Vi vil i dette kapitlet fremlegge resultater fra artiklene som vi mener er relevante for oppgaven. Funnene er kategorisert og fremlagt i tråd med tabell 3.4 ovenfor.

### 4.1 Vurdering av smerter

Resultatene i dette delkapitlet vektlegger hovedsakelig sykepleiernes erfaringer med å vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens.

#### 4.1.1 *Bruk av vurderingsskjemaer for smertekartlegging*

I flere av studiene uttrykte sykepleierne ulike holdninger knyttet til bruk av smertekartleggingsverktøy. I studien til Ludin & Godskesen (2021) svarte flere sykepleiere at de ikke brukte hjelpemidler, i den tro at vurderingsskjemaet ikke strakk til, eller de trodde at det ikke fantes hjelpemidler som kunne benyttes. Sykepleierne som ikke brukte kartleggingsverktøy sa at de brukte sin intuisjon til å vurdere pasientens smerte (Ludin & Godskesen, 2021, s.4). Dette samsvarer med funn fra Lillekroken & Slettebø (2013) der flere av sykepleierne delte en oppfatning om at «smertekartleggingsinstrumenter ikke kan benyttes hos pasienter med demens» og trakk frem endringer i adferd som en faktor for vurdering av

pasienten. Studien avdekket at noen av sykepleierne i studien «sjelden eller nesten aldri» benyttet smertekartleggingsverktøy i sine vurderinger (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30-31).

Vi har nok ikke noe slikt verktøy som vi bruker her på post i utgangspunktet. Det kan godt hende at legene har noe, som de bruker når de går og snakker med pasienten, men ikke vi, sykepleierne... som tar fram helt naturlig og bruker. Det gjør vi ikke... (Lillekroken & Slettebø 2013, s.30)

I Lillekroken & Slettebø (2013) bruker en del av de intervjuede sykepleierne den tradisjonelle smerteskalaen Visuell Analog Skala (VAS), til å vurdere smerter hos pasienter med demens. Informantene trekker frem at bruken denne skalaen er avhengig av pasientens grad av kognitiv svikt (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31). Burns & McIlfatrick (2015) finner også enighet blant sykepleierne om at tradisjonelle kartleggingsverktøy innen smertevurdering ikke kunne brukes hos pasienter med demens (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 485).

I studien til Ludin & Godskesen (2021) brukte noen av sykepleierne Abby Pain Scale, et klinisk verktøy tilegnet pasienter med demens. Studien påpeker at det er nødvendig med vurdering og dokumentasjon av pasientens smerte for å oppnå god smertelindring. Ved systematisk bruk av kartleggingsverktøy vil sykepleier kunne oppdage og med det behandle smerte på et tidligere tidspunkt (Ludin & Godskesen, 2021, s.6).

Rostad et al., (2019) finner i sin forskning at to av tre pasienter med langtkommen demens i sykehjem har smerter ved bruk av vurderingsskjemaet Doloplus-2 (Rostad et al., 2019, s.2). Av pasientene som ble vurdert å ha smerter stod allerede flere av disse på faste analgetika. De finner også at pasientene med smerter hadde høyere hjelpebehov, høyere forekomst av depressive symptomer og nedsatt livskvalitet i forhold til «ikke-smertegruppen» (Rostad et al., 2019, s.8).

#### *4.1.2 Vansker med kommunikasjon og samhandling*

I flere av studiene kommer det frem at en av hovedutfordringene med smertekartlegging hos pasientgruppen er hvordan den kognitive svikten påvirker evnen til å uttrykke seg verbalt. En sykepleier i studien til Ludin & Godskesen (2021) forklarte det slik: «Det er vanskelig, for de fleste av dem kan du ikke spørre og få et klart svar». Flere av sykepleierne i studien mente at det å spørre pasienten om smerter var første skritt i smertevurdering. Når verbal kommunikasjon var umulig, måtte de istedenfor å fokusere på tolkning av verbale smerteuttrykk som skriking og stønning, eller nonverbale ansiktsuttrykk, kroppsspråk og engstelig adferd (Ludin & Godskesen, 2021, s.4). Flere av sykepleierne i studien opplevde at det å skille smerter fra andre uttrykk, og særlig angst, var utfordrende fordi de nonverbale

uttrykkene for smerte og angst har store likheter (Ludin & Godskesen, 2021, s.7). Samtidig påpeker en sykepleier i artikkelen viktigheten av å betrakte disse fenomenene i sammenheng med hverandre:

«Many things are important when it comes to pain, not least the psychological part. If a person feels exposed and feels like no one is there and no one cares about them, then I think they will feel more pain». (Ludin & Godskesen, 2021, s.4)

Også i studien til Rostad et al., (2019) kommer denne sammenhengen tydelig frem. Deres funn viser at pasientene med langtkommen demens med smerter har høyere forekomst av nevropsykologiske symptomer som agitasjon og depressive symptomer, sammenlignet med pasienter med langtkommen demens uten smerter (Rostad et al., 2019, s.10). Studien trekker også frem at adferdsmessige uttrykk for smerte, depressive symptomer og demens ofte opptrer i sammenheng med hverandre og kan være overlappende og derfor vanskelig for sykepleier å skille mellom i klinisk praksis (Rostad et al., 2019, s.12).

#### *4.1.3 Samarbeid med pårørende*

Pårørendes rolle fremheves i flere av studiene som en ressurs for sykepleier ved vurdering og lindring av smerter hos pasienter med demens. I studien til Burns & McIlpatrick kommer det frem at over 80% av sykepleierne vektlegger viktigheten av samarbeidet med familie som kjenner pasienten godt når det skal vurderes om pasienten har smerter (Burns & McIlpatrick, 2015, s.483). Dette støttes opp av Ludin & Godskesen hvor sykepleierne sier at pårørendes nærvær i rommet er en positiv ressurs for pasienten, og deres kjennskap til pasientens grunnadferd er viktig da de raskere kan oppfatte og tolke endringer i pasientens tilstand (Ludin & Godskesen, 2021, s.5).

Likevel er det også resultater som viser at pårørende kan være en utfordring for vurdering og lindring av smerter. I studien til Lillekroken & Slettebø beskriver noen av sykepleierne at de noen ganger opplever at sykepleiefaglige vurderinger og pasientens behov med tanke på smertelindring, kolliderer pårørendes verdier (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31). Også Ludin & Godskesen forteller sykepleiere om pårørende som uttrykker bekymring for overmedisinering, fremskyndelse av dødsprosessen og avhengighet av morfin (Ludin & Godskesen, 2021, s.5). Sykepleierne mente at god tilrettelegging, kommunikasjon og informasjon gjorde at pårørende ble mer trygge på prosessen når det eksempelvis skulle administreres morfin, og at ved å danne gode forhold mellom sykepleier og pårørende, ble de pårørende mer aktive i omsorgen (Ludin & Godskesen, 2021, s.5).

## 4.2. Organisatoriske utfordringer

Resultater fra artiklene som omhandler organisatoriske forhold blir presentert i delkapitlene under. Dette er faktorer som sykepleierne mener påvirker deres arbeid i forhold til smertevurdering.

### 4.2.1 Mangel på rutiner og retningslinjer i avdelingen

I den norske studien til Lillekroken & Slettebø (2013) kom det frem at mange av sykepleierne i sykehjem hadde ønske om å ha felles retningslinjer og rutiner i avdelingen for smertevurdering og smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31).

### 4.2.2 Behov for kompetanseheving

I studien til Burns & McIlfatrick (2015) svarte 56% av sykepleierne at mangel på kunnskap om smerter hos pasienter med demens var en barriere for optimal smertehåndtering (s.484). Sykepleierne identifiserte blant annet behov for bedre kunnskap om, og anvendelse av smertevurderingsskjemaer, samt mer kunnskap innen smertehåndtering ved livets slutt hos denne pasientgruppen (Burns & McIlfatrick, 2015, s.485). Også i studien til Ludin & Godskesen (2021) kommer det frem at mangel på faglig kompetanse kunne være en utfordring, både blant sykepleiere og øvrig helsepersonell. Sykepleiere i denne studien trakk særlig frem samarbeidet med andre helsearbeidere, og at disse ofte hadde en større rolle i pasientens daglige bistandsbehov og dermed kunne observere pasienten mer enn sykepleier selv i pasientens daglige rutiner. Samarbeidet ble ansett som viktig, men utfordrende, fordi helsepersonellet ofte manglet essensiell kunnskap knyttet til smertevurdering (Ludin & Godskesen, 2021, s.6).

Bruk av innleievikarer og midlertidig helsepersonell ble også trukket frem som en utfordring. Sykepleierne i studien hadde erfart at midlertidig helsepersonell ikke kjente pasientene med langtkommen demens godt nok og var uvitende om deres grunnadferd. Dette medførte økt risiko for manglende observasjon og rapportering av symptomer og endringer i adferd som kunne indikere smerte. En av sykepleierne beskrev en situasjon slik: «When I entered the room, I noticed the person was really in pain, and I questioned the healthcare personnel: why haven't you said something to me?» (Ludin & Godskesen, 2021, s.6)

### 4.2.3 Mangel på tid til å yte god sykepleie

I den svenske studien til Ludin & Godskesen (2021) kommer det frem at stor arbeidsbelastning, underbemanning og dårlig tid gjorde det vanskelig å yte tilstrekkelig ivaretagelse og omsorg for pasientene med langtkommen demens. Flere av sykepleierne i

studien mente at det å være lett tilgjengelig og nær pasienten var avgjørende for å kunne oppfatte og lindre smerter effektivt (Ludin & Godskesen, 2021, s.5). Dette samsvarer med funn i studien til Burns & McIlfatrick (2015), hvor 81% av sykepleierne svarte at mangel på tid til smertekartlegging var ett av flere elementer som hindret best mulig smertehåndtering hos pasientene med demens (Burns & McIlfatrick 2015, s.484).

## 5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres vår arbeidsmetode og resultatene hentet fra forskningsartiklene.

### 5.1 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere vår fremgangsmetode, belyse de sterke og mindre sterke sidene av oppgaven og dens resultater.

#### 5.1.1 Bekreftende funn mellom studiene

Vi har funnet flere eksempler på at studiene bekrefter hverandre. Blant annet kan vi nevne at tre av artiklene, Burns & McIlpatrick (2015), Lillekroken & Slettebø (2013) og Burns & McIlpatrick (2015), peker på at det er manglende rutiner i forhold til systematisk kartlegging av smerter. Tre av fire artikler nevner at informantene innehar noe kunnskap om kartleggingsverktøy, men at de er usikre og ikke bruker verktøy rutinemessig. Det er presentert flere bekreftende funn i kapittel 5.2 Resultatdiskusjon.

#### 5.1.2 Bruk av kvalitativ metode

To av fire artikler benytter kvalitativ metode og det kan diskuteres om kvalitativ forskning gir leseren et klart svar på en problemstilling. Ved bruk av kvalitativ forskning må data tolkes. Forskeren kan gå i dybden og «datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet» (Dalland, 2017, s.53). Kvalitative data gjør at forskeren tar en sikte på å finne en helhet og formidle forståelse. Forskeren får mye data og informasjon om det særegne og kan derfor være en påvirkning og delaktig i forskningsfeltet (Dalland, 2017, s.53).

Det kan diskuteres om bruk av kvalitativ metode gir «fasit svar» eller ei. Forskning gjort med kvalitativ metode er gjenkjennbar for leseren i motsetning til kvantitativ forskning som gir leseren en avklaring av hvor utbredt et fenomen er. Vi vil trekke frem at resultatene i kvalitative studiene samsvarer med våre egne opplevelser fra praksis.

#### 5.1.3 Valg av artikler

Rostad et al., (2019) sin artikkel skiller seg ut fordi den trekker *frem* bruken av kartleggingsverktøy i motsetning til de andre artiklene. Den er interessant på grunn av forskningen lagt til grunn for utarbeidelse av artikkelen er basert på *bruk* av kartleggingsverktøy i sykepleiers vurdering av pasienten. Derfor er artikkelen godt motstykke til de andre artiklene som trekker frem hvorfor kartleggingsverktøy ikke blir benyttet i stor grad. Artikkelen er relevant for den delen av hensikten vår hvor vi ønsker å fremheve faktorer som kan bidra til forbedring av systematisk smertekartlegging hos pasientgruppen.

Vi har undersøkt om det er tatt etiske hensyn i artiklene. I artiklene er data anonymisert, samtykker er blitt innhentet og informasjon om at en når som helst kan forlate studien er levert til informanter. En av artiklene baserer sine funn på observasjoner sykepleiere har gjort av pasienter via standardiserte skjema og validerte vurderingsskjema. I denne studien har forskerne informert pasientens nærmeste familie som videre gav skriftlig samtykke til at deres familiemedlem kan være med i studien (Rostad et al., 2019, s.7).

I henhold til antall deltagere i studiene kan det diskuteres om antallet er for lavt til å være representativt for sykepleie som profesjon. Eksempelvis ble det i den ene studien sendt ut spørreskjema til 96 sykepleiere fordelt på 17 sykehjem. Denne undersøkelsen hadde en responsrate på 33% (Burns & McIlpatrick, 2015, s.479). Til tross for et relativt lavt antall deltagere finner vi at studiene er samstemte og dermed representative for oppgavens hensikt.

#### *5.1.4 Forskerens bakgrunn*

I valideringsprosessen av artikler har vi sporadisk søkt opp noen av forskerne bak artiklene for bakgrunnssjekk. De fleste av artikkelforfatterne er ansatte ved universitet, i Norge, Sverige og i Irland. Ved å søke opp artikkelforfatterne finner vi at de fleste av forfatterne har skrevet flere artikler som er publisert i forskjellige medisinskfaglige tidsskrifter om temaer innenfor sykepleie. Blant annet kan vi trekke frem Liv Halvorsrud som er medforfatter i en av de norske artiklene. Hun er professor på Oslo Met, og har skrevet blant annet 48 vitenskapelige publikasjoner og forsvarte sin doktorgrad innen temaet måling av livskvalitet hos eldre i 2010 (Universitetet i Oslo, 2010).

#### *5.1.5 Kommunikasjon*

Pasientgruppen som omhandles i artiklene er på grunn av kognitiv svekkelse ikke i stand til å delta i undersøkelser. Vi mener dette kan være en svakhet i oppgavens grunnlag dette fordi den enkelte pasient ikke kan verifisere sykepleiers vurdering og tiltak. Kommunikasjon er en utfordring som blir omtalt i alle fire artikler. Vi har presentert funnene i kap. 4 resultat og diskutert dem i kapittel 5.

#### *5.1.6 Rom for feil*

Det er første gang vi skriver en akademisk oppgave av denne karakter og det er dermed mange feller vi kan gå i. Dalland (2017), sier at vi skal «møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det. Det er det vi kaller forforståelse» (Dalland, 2017, s. 60). Vi har tatt høyde for at vi, med våre forforståelser og fordommer, kan ha lest artikler og lest resultater på en slik måte at de er fordelaktig for vår besvarelse, til tross for vår innsats og bevissthet om dette. For at leseren skal kunne etterprøve våre resultater har



vi etterstrebet å ha så klare og gode kildehenvisninger som mulig som et ledd i å unngå bekreftelsesfellen.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleiers erfaring med å vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Videre ønsker vi å fremheve faktorer som kan bidra til forbedring av systematisk smertekartlegging av pasientgruppen i sykehjem. I resultatdiskusjonen velger vi å diskutere de to hovedkategoriene hvor tilhørende underkategorier sammenfattes under hvert hovedpunkt.

### 5.2.1 Vurdering av smerter

Sykepleierne i studiene vi har undersøkt har ulike erfaringer når det gjelder å kartlegge og vurdere smerter hos pasientgruppen. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) svarer flere av sykepleierne at de sjelden eller aldri bruker vurderingsskjema i kartlegging av smerter hos pasienter med langtkommen demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). En sykepleier i studien uttaler følgende om bruk av vurderingsskjema:

Vi har nok ikke noe slikt verktøy som vi bruker her på post i utgangspunktet. Det kan godt hende at legene har noe, som de bruker når de går og snakker med pasienten, men ikke vi, sykepleierne... som tar fram helt naturlig og bruker. Det gjør vi ikke... (Lillekroken & Slettebø 2013, s.30)

Uttalelsen kan forstås som at sykepleieren har lite kunnskap om egnede vurderingsskjema til pasienter med langtkommen demens, og at hun kanskje undervurderer sitt ansvarsområde knyttet til systematisk vurdering og registrering av smerte når hun trekker frem dette som en mulig legeoppgave. Uttalelsen kan tyde på at avdelingen ikke har etablert rutiner for systematisk smertevurdering.

I Ludin & Godskesen (2021) deler flere av sykepleierne erfaringen om kommunikasjonsvansker som en hovedutfordring for god smertekartlegging. I studien svarte sykepleierne at når det ikke var mulig å spørre pasienten om smerter og få et klart svar, måtte smertevurderingen baseres på tolkning av verbale smerteuttrykk som skriking og stønning, eller nonverbale ansiktsuttrykk, kroppsspråk og adferd (Ludin & Godskesen, 2021, s.4). Flere sykepleiere i denne studien erfarte at det kunne være vanskelig å skille ulike uttrykk fra hverandre, og særlig utfordrende å skille smerter fra angst fordi de nonverbale uttrykkene har store likheter (Ludin & Godskesen, 2021, s. 7). Angst også kan også komme til uttrykk for lidelse og redsel ved smerter. En sykepleier i studien påpeker også dette og hevder at en

pasient med smerter som er ute av stand til å formidle hvordan han har det og som føler seg alene, vil oppleve ensomhet og fortvilelse, noe som også forsterker smerteopplevelsen (Ludin & Godskesen, 2021, s.4). Denne sammenhengen kommer også frem i Rostad et al., (2019) hvor sykepleierne gjør ulike kartlegginger av pasienter med og uten smerter og finner at pasientene med smerter har en klart høyere forekomst av nevropsykologiske symptomer som agitasjon og depressive symptomer, sammenlignet med pasienter med langtkommen demens uten smerter (Rostad et al., 2019, s.10).

Flere sykepleiere trekker frem pårørendes rolle som en viktig faktor i vurderingen av smerter. På den ene siden kan pårørende være en ressurs. I Burns & McIlfratrick svarer 80% av sykepleierne at pårørendes kunnskap om pasientens grunnadferd er en viktig faktor for sykepleiers vurdering av smerter (Burns & McIlfratrick, 2015, s.483). Også sykepleierne i Ludin & Godskesen (2021) trekker frem at pårørende raskere oppfatter endringer hos pasienten, og at dette er viktig informasjon som sykepleier kan benytte i sine faglige vurderinger av pasientens smertetilstand (Ludin & Godskesen, 2021, s.5). På den andre siden viser også enkelte av resultatene at pårørende kan ha en negativ påvirkning for vurdering og håndtering av pasientens smerter. Funn i artiklene viser at enkelte pårørende uttrykker bekymring for bruk av sterkere analgetika, bivirkninger og avhengighet for pasienten i et lengre forløp og at dette kan oppleves som et dilemma for sykepleier ved vurdering og lindring av smerter (Ludin & Godskesen, 2021, s.5). Det kan tenkes at denne frykten som omhandler legemiddelbruk er knyttet opp mot normer i samfunnet, og at det derfor er en viktig sykepleieroppgave å gi pårørende grundig informasjon om pasientens tilstand. Vi mener dette belyser viktigheten av at sykepleier tilrettelegger, informerer og trekker pårørende inn i pleien til pasienten på et tidlig tidspunkt med tanke på å kunne etablere et godt pasient-sykepleier-pårørende samarbeid. Sykepleier må unngå at pårørende på grunn av manglende kunnskapsgrunnlag stiller seg uforstående til vurderinger og behandling av smerter, slik at sykepleierne kan utnytte informasjonen pårørende har til det beste for pasienten.

Å kartlegge og vurdere pasientens smerter er sentrale ledd i sykepleieprosessen og en viktig del av sykepleiers ansvarsområde. Forskning har vist at smerte oftere avdekkes ved bruk av vurderingsskjema (Torvik & Bjørno, 2016, s.397). Det er interessant å merke seg at det i Rostad et al., (2019) kommer frem at sykepleierne ved hjelp av Doloplus-2 fant smerter hos pasienter som i utgangspunktet stod fast på analgetika (Rostad et al., 2019, s.10). Det kan tyde

på at vurderingsskjemaet bidro til en mer presis vurdering og avdekket at pasientene hadde behov for økt smertelindring.

Det er derfor risiko for at viktige observasjoner om pasientens smertesituasjon ikke blir fanget opp i tilstrekkelig grad når vurderingsskjema ikke benyttes. Videre konsekvens blir da at nødvendige sykepleietiltak ikke blir iverksatt og pasienten ikke får tilstrekkelig smertelindring. Pasienten risikerer lidelse som følge av uteblitt pleie, noe som ut fra Erikssons teori defineres som pleielidelse (Eriksson, 1995, s.70).

I nasjonal faglig retningslinje om demens er det anbefalt at smerteutredning bør gjennomføres med bruk av strukturerte verktøy, særlig til pasienter med moderat til alvorlig grad av demens og kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2022). Forskningsbaserte vurderingsskjema som MOBID-2, DOLOPLUS-2 (Torvik & Bjørno, 2016, s.398), og PAIC 15 (Kunz et al., 2019, s.205) er spesielt utviklet for å fange opp smerteuttrykk og for å klare å skille disse fra andre verbale og non-verbale uttrykk.

Ved å bruke vurderingsskjema vil det være mindre rom for feiltolkning av pasientens uttrykk og adferd og større mulighet for å gi pasienten den omsorgen og lindringen som er nødvendig. Å benytte kunnskapsbaserte vurderingsskjema er dermed også å utøve sykepleien i tråd med yrkesetikken som sier at sykepleieren skal «...ivareta pasientens verdighet...» og «...yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk sykepleierforbund, 2022).

### *5.2.2 Organisatoriske utfordringer*

Studiene til Ludin & Godesken (2021) og Lillekroken & Slettebø (2013) peker på noen sentrale utfordringer når det kommer til sykepleiernes kunnskapsnivå ved bruk av vurderingsskjema i kartleggingen av smerter hos pasienter med langtkommen demens. Flere sykepleiere svarte at de ikke brukte vurderingsskjema fordi de ikke trodde verktøyene var gode nok (Ludin & Godskesen, 2021, s.4). Andre sykepleiere hadde en oppfattelse av at vurderingsskjema ikke kunne brukes til denne pasientgruppen. Paradoksalt nok svarte de samme sykepleierne at de ønsket seg felles retningslinjer og rutiner for smertevurdering og smertelindring ved sykehjemmet (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31). Nasjonal faglig retningslinje for demens sier at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens, skal sørge for at ansatte har eller får den opplæring og utdanning som er nødvendig. Den enkelte skal inneha relevant kompetanse til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig i møte med pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2022). Resultatene kan tyde på behov for at sykehjemmene arbeider med fagutvikling knyttet til smertevurdering, og at det

dannes konsensus i kollegiet om hvilke vurderingsskjema som skal benyttes i avdelingen. Å konsekvent benytte det samme vurderingsskjema vil sikre at sykepleierne får et felles begrepsapparat (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.390) og bidra til systematikk og kontinuitet i vurdering og lindring av smerter.

I studien til Ludin & Godskesen (2021) trekkes særlig organisatoriske utfordringer på sykehjemmet frem som faktorer som vanskeliggjør smertekartleggingen. Flere av sykepleierne opplevde tidsmangel, høy arbeidsbelastning og underbemanning som hinder for pasientrettet arbeid, noe som begrenset muligheten til å kartlegge og lindre smerter effektivt (Ludin & Godskesen, 2021, s.5). Bruk av helsepersonell med lavere kompetansenivå, eller innleievikarer som ikke hadde kjennskap til pasienten, økte risikoen for at smerter ikke ble oppfattet og nødvendig smertelindring ble ikke gitt (Ludin & Godskesen, 2021, s.6).

Et eksempel er når en av sykepleierne beskriver en hendelse der hun kom på pasientrommet og umiddelbart oppdaget at pasienten virket smertepåvirket, uten dette hadde blitt oppfattet eller rapportert om av helsepersonellet som var der sammen med pasienten (Ludin & Godskesen, 2021, s.6). Dette illustrerer hvor sårbar denne pasientgruppen er, og hvor tilfeldig det kan være om smerten blir oppdaget og lindret eller ikke når helsepersonellet mangler tilstrekkelig kompetanse. Smerter hos pasienter med langtkommen demens kan føre til at pasienten endrer adferd, motsetter seg pleie, har et trist eller skremt ansiktsuttrykk, kommer med verbale uttrykk, er rastløs eller vugger (Skovdahl, 2020, s.436). Med dette kan det tenkes at smerte kan føre til endringer i adferd på en måte som pasienten selv ikke ville ansett som sømmelig. Pasientens verdighet krenkes, og helsepersonellet kan i verste fall forstå endringene i adferd på feil måte og oppfatte pasienten som «vanskelig». Pasienten står da i fare for nye krenkelser i form av maktutøvelser eller utelatt pleie fordi helsepersonellet ikke vet hvordan de skal forholde seg til pasientens adferd. Pasienten i eksempelet utsettes for pleielidelse når helsepersonellet ikke oppfatter hans behov for smertelindring.

Av disse resultatene er det tankevekkende at det tilsynelatende ofte settes inn helsepersonell med utilstrekkelig kompetanse hos denne sårbare og sterkt pleietrengende pasientgruppen, mens sykepleierne opplever at andre arbeidsoppgaver krever så mye tid at de ikke har anledning til å observere pasienten tilstrekkelig selv. Resultatene i dette avsnittet belyser behov for bevisstgjøring rundt prioriteringer i en hektisk sykepleierhverdag, og viser hvilke konsekvenser det kan få for pasienten dersom tilstrekkelig smertekartlegging ikke blir prioritert eller utført. Det kan tenkes at både virksomhet og sykepleiere kan ha nytte av å se på oppgave- og kompetansefordeling i avdelingen. Vi mener at særlig sårbare pasientgrupper bør

prioriteres, og det bør kontinuerlig arbeides for sykepleiers mulighet til å utøve «sykepleie ved sengen». Å prioritere tilstrekkelig vurdering og lindring av smerter hos pasienter med langtkommen demens kan tenkes å bidra til en enklere tilnærming til pasienten i den daglige omsorgen, noe som vil friggi ressurser til andre områder av pleien.

### 5.3 Konklusjon

For å kunne vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens i henhold til evidensbaserte anbefalinger, viser resultatene helt klart behov for bedre implementering av vurderingsskjema.

Erfaringene som kommer frem i resultatene tyder på behov for bevisstgjøring og tydeligere definisjon av sykepleiers ansvarsområde innen smertevurdering, nytten av å etablere et godt samarbeid med pårørende og at vurderingsskjema for smerter kan bidra til en mer presis vurdering og tolkning av pasientens adferd og uttrykk. Resultatene viser også et tydelig behov for at virksomhetene arbeider med fagutvikling innen smertevurdering av pasientgruppen og at det utvikles retningslinjer for hvilke vurderingsskjema som skal brukes ved hver avdeling for å sikre systematikk og kontinuitet i smertekartleggingen. Videre viser resultatene behov for opplæring og kompetanseheving innen smertekartlegging og bruk av vurderingsskjema, både til sykepleiere og annet helsepersonell som yter omsorg til pasientgruppen.

Til sist vil vi trekke frem at flere sykepleiere i studiene deler erfaringen om høyt arbeidspress som en hindring for å kunne gjennomføre grundig og systematisk vurdering av pasientens smerter. Høyt arbeidspress og mange arbeidsoppgaver er et kjent fenomen for sykepleiere, og et fokusområde som det stadig rettes søkelys mot både i virksomheter, politisk og i media. Resultatene i denne oppgaven er med på å belyse hvilke konsekvenser det høye arbeidspresset kan ha for pasienter med langtkommen demens som risikerer unødvendig lidelse i siste del av et langt liv dersom det ikke er nok tilgjengelige ressurser i sykehjemmet.

## 6. ANVENDELSE I PRAKSIS.

Sykepleier må gjøre seg kjent med pasienten, tidligere sykehistorie og etablere et godt samarbeid med pårørende. Via sykepleieprosessen må det identifiseres problemområder knyttet til smerter og settes i verk tiltak for lindring. Vi anbefaler at det benyttes vurderingsskjema for kartlegging av eventuell smertetilstand og at det hos pasienter med kjent smerteproblematikk legges inn tiltak for rutinemessig smertevurdering.

Virksomhet og sykepleiere må se på oppgave- og kompetansefordeling for å legge til rette for at sykepleierkompetanse blir fordelt til det beste for pasientene. Om sykepleierkompetanse benyttes til skyllerom- og kjøkken oppgaver, dekke vikarbehov og arbeid med turnus etc. må det tas stilling til om slike oppgaver kan gjøres av andre yrkesgrupper.

I sykehjemsavdelinger med fagleder har denne har et spesielt ansvar. Fagleder kan avgjøre hvilket vurderingsskjema som er mest hensiktsmessig å benytte samt at det rutinemessig *skal* benyttes. Videre må fagleder sørge for at alle sykepleiere på avdelingen får innføring i hvorfor det er viktig å benytte vurderingsskjema og gi opplæring i bruk. Fagleder må også sørge for at helsefagarbeidere, nytilsatte og vikarer får en rutinemessig opplæring.

Vi vil også foreslå at smertevurdering av pasienter med langtkommen demens løftes opp på kommunalt nivå for å fremme systematisk fagutvikling og implementering i alle kommunens enheter. Dette kan gjøres ved å danne en smertegruppe bestående av sykepleiere, fagleder og sykehjemslege fra sykehjemsavdelinger og hjemmesykepleie. Eventuelt legge oppgaven til allerede eksisterende demensteam i kommunen. Gruppen må danne konsensus for hvilket vurderingsskjema som er mest hensiktsmessig å benytte og videre sørge for implementering i kommunens institusjoner og i hjemmesykepleien. Langsiktig må gruppen arbeide systematisk med fagutvikling innen smertevurdering av pasienter med langtkommen demens og drive aktivt informasjonsarbeid ut i enhetene. Vi mener at en slik gruppe vil kunne fremme et felles begrepsapparat på tvers av de kommunale enhetene og sikre pasienten et mer stabilt og likeverdig forløp i helsehjelpen som kommunen tilbyr.

Mulighet for gratis internettbasert opplæring i bruk av oppgavens omtalte vurderingsskjema:

PAIC -15: [www.paic15.com](http://www.paic15.com)

MOBID -2: <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/mobid-2/>

Nasjonal faglig retningslinje for demens:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

## Litteratur

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A. Berntzen, H. & Almås H. (2016) *Sykepleie ved smerter*. Almås, H. (Red). *Klinisk sykepleie*. (5.utgave, bind 1, s.381-427). Oslo: Gyldendal akademisk
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske. Sykepleieteori*. Otta: Tano Forlag (oversatt til norsk ved Øyvind Randers-Pehrson)
- Friberg, F. (red). *Dags för uppsats (2017)* Lund: Atudentlitteratur AB.
- Helvik, A. S., Bergh S., Benth, J.S., Selbaek, G. Husebo, B.S., Tevik, K. (2022) Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*, 26, (9),s.1787–1797. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>
- Helsedirektoratet. (2022). Nasjonal faglig retningslinje for demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Kirkevold, M. (2015). *Kartlegging*. Kirkevold, M., Brodtorb, K. Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utgave, s.122-144) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016), *Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling: Etisk ddahlkunnskap og moralsk kompetanse*. Grimsbø, G.H. (red). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie -fag og funksjon*. (utg. 3, s. 139-191). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. (2016), *Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise: Sykepleieteorier – ulike faglige perspektiver*. Grimsbø, G.H. (red). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (utg. 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunz, M., Waal, M.W.M., Achterberg, W. P., Gimenez-Llort, L., Lobbezoo, F., Sampson, E. L., Dalen-Kok, A. H., Defrin, R., Invitto, S., Konstantinovic, L., Oosterman, J., Petrini L., Steen, J. T., Strand L-I., Tommaso, M., Zwakhalen, S., Husebo, B. S. & Lautenbacher, S. (2019). The Pain Assessment in Impaired Cognition scale (PAIC15): A multidisciplinary and international approach to develop and test a meta-tool for pain

- assessment in impaired cognition, especially dementia. *European Journal Of Pain*, 24,(1.), s.192-208. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/ejp.1477>
- Larsen, T. A. & Knudsen, L.B. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk Sygepleijeforskning*,3 (4.), s. 287–299. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06>
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vard i norden*,33 (3.), s 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Lundin E. & Godskesen T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC nursing*, 20 (48.), [https://doi.org/10.1186/s12912-0\(21-00566-](https://doi.org/10.1186/s12912-0(21-00566-)
- Molven, O. (2016) *Sykepleie og jus* (5 utgave) Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. Grimsbø. H. G (red), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*( 3. utg, s.169-183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk Sykepleier forbund (2022, 21.november). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Rostad, H. M. Grov E. K. Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien forskning*,14 (e-9184) <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens: Omsorg til personer med demens. Ranhoff, A.H (red), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg, s. 416-439). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skovdahl, K & Berntsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. Ranhoff, A.H (red), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg, s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Songe-Møller, S. Saltvedt, I. Hølen, J. C. Loge, J.H. & Kaasa, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskriftet norsk legeförening*,125.S.1838-40. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>
- Strand, B.H., Vollrath, M.E.M.T, & Skribekk, V.F.( 2021, 23/03). Folkehelse rapporten om demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>



Torvik, K. & Bjøro, K. (2015). Smerte. Kirkevold, M., Brodtorb, K. Ranhoff, A.H. (Red.).  
*Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (2. utgave, s.390-407)  
Oslo: Gyldendal akademisk.

Universitetet i Oslo, (2010, 14.juni.) Disputas: Liv Halvorsrud. Hentet fra  
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2010/halvorsrud-liv.html>)

Verdens helseorganisasjon (2022, 20. september). Dementia. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

**Vedlegg**

## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25/10-22.	SveMed +	Dementia AND Pain	2012 -2019. Peer Rewieved.	5	4	1	1
25/10-22	Oria	Smertekartlegging AND demens	Norsk, 2012-2022	3	1	1	1
25/10	CHINAL	Dementia AND pain AND nursing home*	Årstall 2012-2022 Peer Reviewed Europa, Engelsk	120	6	3	2
25/10	Oria	Smerte AND Demens	2012-2020, artikkel,	6	2	1	
26/10-22	CHINAL	Dementia AND Pain AND Assessment AND Nurs*	2012-2022 Peer Reviewed Full text, Europa Engelsk	14	4	0	
01/11-22	CHINAL	Dementia AND Pain scale	2010-2022 Peer Reviewed Europa	60	1	1	
01/11-22	CHINAL	Nurse* AND (nursing homes or care homes or long-term care or residential care or aged care facility) AND pain assessment	2012-2022 Peer Reviewed, Europa,	114	1	1	
12.11-22	IDUNN	Smert* AND demen*	2012-2022, forskningsartikkel	65	3	2	

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Artikkel- tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Forfattere Årstill Tidsskrift Land	Daniella Lillekroken og Åshild Slettebø, 2013, Vard i Norden, Norge.
Hensikten med studien	Å undersøke sykepleieres erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativt utforskende design. Data ble innsamlet gjennom fokusgruppeintervju hvor en semi -strukturert intervjuguide ble benyttet. Analysert etter Malteruds (2003) firetrinnsmodell for kvalitativ forskning.
Utvalg/ populasjon	Sykepleiere ansatt på geriatrike sykehusavdelinger, en skjermet enhet for personer med demens og et kommunalt sykehjem på østlandsområdet. Delt inn i tre fokusgrupper med henholdsvis seks, fem og syv deltagere. Alder 24-61 år, arbeidserfaring fra 3-35 år. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning innen eldre- eller demensomsorg.
Hovedfunn/ resultater	Studien avdekker at smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens er utfordrende. Det er nødvendig at sykepleier tar ansvar for egen fagutvikling og arbeider kunnskapsbasert, noe som innebærer å få opplæring i bruk av hensiktsmessige metoder. Intervju objektene trekker frem kommunikasjon som et problemområde da pasientene ikke kan verbalisere sin smerte. Deltagerne i studien benyttet «sjelden eller nesten aldri» kartleggingsverktøy ift. smerte. Studien avdekker at regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy skreddersydd for pasientgruppen vil kunne bidra til effektiv smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens. Studien avdekker også at det er behov for mer forskning på implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, samt mer forskning for å avdekke sykepleierens spesifikke behov for økt kunnskap rundt problemstillingen demens og smerter.
Artikkel- tittel	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes
Forfattere Årstill Tidsskrift Land	Emma Lundin og Tove E. Godskesen, 2021, BMC Nursing, Sverige.
Hensikten med studien	Å beskrive sykepleierens erfaringer med omsorg for personer med langtkommen demens og smerter ved livets slutt.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ studie med et deskriptivt eksplorativt design. Data innsamlet gjennom kvalitative semistrukturerte intervju og analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse
Utvalg/ populasjon	13 sykepleiere fra 12 ulike sykehjem spesialisert på demensomsorg i Sverige. Inklusjonskriterie var minimum et års erfaring som praktiserende autorisert sykepleier på sykehjem, og erfaring med palliativ pleie og smertelindring hos pasienter med langtkommen demens.
Hovedfunn/ resultater	Studien avdekket at sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til kommunikasjon, relasjon og organisasjon. Et hovedproblem var at vansker med å kommunisere med pasientene med langtkommen demens resulterte i usikker smertevurdering. Det opplevdes også utfordrende å skille smerte fra angst. Balansen mellom fordeler og ulemper ved administrering av morfin, samt etablering av gode relasjoner pårørende. Videre viser resultatene av studien at god kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier, og pårørende, lang sykepleierfaring og god kjennskap til personen med langtkommen demens var faktorer som bidro til god smertevurdering og behandling.
Artikkel- tittel	Kjennetegn ved sykehjemsboere med langtkommen demens og smerter.
Forfattere Årstill Tidsskrift	Hanne Marie Rostad, Ellen Karine Grov, Inger Utne, Liv Halvorsrud, 2019, Sykepleien forskning,

## Kandidatnummer: 1648 og 1671

Land	Norge.
Hensikten med studien	Kartlegge forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom, og undersøke hva som kjennetegner denne pasientgruppen.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvantitativ beskrivende studie med et tverrsnittdesign.  Innhenting av data via standardiserte skjema for demografiske data, validerte kartleggingsverktøy for kliniske data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, agitasjon, ADL, somatisk helse og livskvalitet. Pasientenes medisinalister ble brukt for å hente ut data om legemidler og psykoleptika. Dataanalyse gjennomført med programvare for statistikk og forskningsresultat hentet ut fra denne analysen.
Utvalg/ populasjon	Deltagerne i studien var sykehjemsbeboere fra 16 norske sykehjem. Sykepleiere ved det enkelte sykehjemmet samlet inn demografiske data fra totalt 112 pasienter ved hjelp av et standardisert skjema
Hovedfunn/ resultater	Studien avdekket at to av tre pasienter i utvalget hadde smerter. Resultatene viste sammenheng mellom det å ha smerter og høyere hjelpebehov knyttet til ADL, samt høyere forekomst av depressive symptomer. Pasientene med smerte hadde høyere gjennomsnittsscore for nevropsykiatriske symptomer samt en lavere livskvalitet sammenlignet med pasienter uten smerte. Smerter hos pasientgruppen er et «utbredt»-problem, som gir innvirkninger på fysiske og psykiske symptomer. Systematisk kartlegging av smerte og andre symptomer er en viktig oppgave både etisk, og faglig for å oppnå en effektiv og riktig behandling av pasientgruppen.
Artikkel- tittel	Nurses knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Michelle Burns og Sonja McIlfatric 2015 International Journal of palliative nursing 2015 vol 21, no 10 Storbritannia
Hensikten med studien	Målet med studien var å avdekke sykepleiers holdninger og kunnskap ift. kartlegging av smerter hos pasienter med demens i sykehjem. Finne faktorer som kan påvirke kunnskap og holdninger Avdekke sykepleiers utdannelsesnivå ift. smertelindring og demens Å utforske de opplevde barrierene for effektiv smertevurdering
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvantitativ En undersøkelse med tverrsnitt design ble brukt for å undersøke sykepleiers kunnskap og holdning ift. smerter hos pasienter med demens. Tredelt undersøkelse med 10 lukkede spørsmål i del A, 20 + 7 påstander i del B og 2 spørsmål ift utdanning og 1 åpent spørsmål i del C Innsamlet data ble kodet og lagt inn i Statistical Package for Social sciences. Åpne spørsmål ble analysert tematisk.
Utvalg/ populasjon	Spørreskjema med tre seksjoner ble utlevert til 96 autoriserte sykepleiere, fordelt på 17 sykehjem i Storbritannia. Inklusjonskriterier var at sykepleieren måtte ha arbeidet med pasientgruppen på sykehjemmet i minst 6 mnd og være ansatt på sykehjemmet. Ledere og vikarer ble ekskludert fra undersøkelsen
Hovedfunn/ resultater	Studien finner at det trengs klare retningslinjer og utdanning/videreutdanning innenfor smertelindring for sykepleiere som arbeider med pasienter med demens. Studien understreker i tillegg behovet for bedre kommunikasjon og koordinasjon av smertelindring innenfor sykepleien for pasienter med demens i sykehjem.

## Vedlegg 3: Arbeid i Fribergs analyse modell

Betydning for sykepleie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behov for videreutdanning ift. smertelindring for pasientgruppen</li> <li>- Organisatoriske utfordringer hvordan få mer tid til pasientnært arbeid??</li> <li>- Behov felles rutiner for systematisk kartlegging av smerter. På enkelt institusjon og på kommunalt nivå</li> <li>- Felles begrepsapparat i dagligomtale av smerter og vurderinger... (pasienten skåret xx på xxx skala og dermed ble det igangsatt ....)</li> <li>- Behov for god, rask og enkel opplæring av personale som ikke har sykepleier utdanning</li> <li>- «opplæring» av pårørende. Bedre informasjon om medisiner som er i bruk og hvorfor?</li> </ul>			
Nye kategorier for resultatdiskusjon og diskusjon:  <b>Vurdering av smerter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av vurderingsskjemaer for smertekartlegging</li> <li>- Vansker med kommunikasjon og samhandling</li> <li>- Samarbeid med pårørende</li> </ul> <b>Organisatoriske utfordringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på rutiner og retningslinjer i avdeling</li> <li>- Behov for kompetanseheving</li> <li>- Mangel på tid</li> </ul>			
Studie: Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter  Hovedfunn: <u>2/3 av pasientene hadde smerter.</u> (ved bruk av doloplus 2)  <u>Lavere livskvalitet når pasienten opplever smerter.</u>  <u>Økt hjelpebehov ved personnære aktiviteter ved smerteproblematikk.</u>  <u>Depressive symptomer ifb. Smerter</u>	Studie: Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.  Hovedfunn: <u>For spl: faglig spennende og utfordrende.</u>  <u>Bekymring over Underdiagnostisert og behandlet smerte</u>  <u>Bekymring for pasientens toleranse for smertestillende</u>  <u>Høy alder, komorbiditet og polyfarmasi.</u>  <u>Manglende rutiner for kartlegging av smerter</u>  <u>Ønsk og bekymring om felles retningslinjer.</u>  <u>Etiske betraktninger ift. behandling i «samarbeid» med pårørende...</u>	Studie: End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes.  Hovedfunn: <u>Kommunikasjons vansker.</u>  <u>Utfordrende å vurdere smerteintensitet og effekt av smertelindrende</u>  <u>Mangel på nær kontakt med pasienten i tidligere fase av sykdommen.</u>  <u>Kartleggingsverktøy:</u>  <u>Usikkerhet ifb. administrering av smertestillende, morfin</u>  <u>Pårørende i vurderingsprosessen.</u>  <u>Organisatoriske utfordringer</u>	Studie: Nurses knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting  Hovedfunn: <u>Pasienter endrer adferd ved smerter.</u>  <u>Vanskelig å vurdere smerter hos pasienter med demens.</u>  <u>Pårørendes kjennskap til pasienten som en viktig del av vurderingsprosessen.</u>  <u>Kunnskap om, men ingen rutinepreget bruk av kartleggingsverktøy.</u>  <u>Legge nonverbal kommunikasjon til grunn ved vurdering av smerte.</u>  <u>Usikkerhet ved administrasjon av opioider.</u>  <u>Ikke medikamentelle tiltak.</u>  <u>Lite tid til pasientnært arbeid.</u>  <u>Kurs og opplæring er nyttig og ønskelig i lindrende øvemed.</u>
Steg 3: Valg av studier  Steg 2: Litteratur søk og gransking av studiens kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Søkeord: Demens, dementia, pain, smerte, smertekartlegging, pain assesment, sykehjem, nursing home*, care homes, long term care,</li> <li>- Granske studiens kvalitet: hensikten med artikkelen og om den besvares, IMRaD struktur, sammendrag, hvor er artikkelen publisert, forfatterens akademiske utdanning, etiske hensyn, metode og metodediskusjon, reelle fenomen som skildres(gjenkjennbart i praksis?), kilder, referanser etterprøvbart,</li> </ul>			
Steg 1: Fenomen/problem i praksis: Manglende smertelindring av pasienter med langtkommen demens i sykehjem			

Vedlegg x: PAIC-15

Bilde av originalfil, hentet fra [https://paic15.com/wp-content/uploads/paic15\\_en.pdf](https://paic15.com/wp-content/uploads/paic15_en.pdf)

Name of the patient:

Date:

## Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15)

Item	Meaning of items	Not at all	Slight degree	Moderate degree	Great degree	Not scorable
<b>FACIAL EXPRESSION</b>						
<b>Frowning</b>	lowering and drawing brows together	0	1	2	3	x
<b>Narrowing eyes</b>	narrowed eyes with tension around the eyes	0	1	2	3	x
<b>Raising upper lip</b>	upper lip raised, nose may be wrinkled	0	1	2	3	x
<b>Opening mouth</b>	the lips are parted, jaw is dropped	0	1	2	3	x
<b>Looking tense</b>	facial display of strain or worry	0	1	2	3	x
<b>BODY MOVEMENTS</b>						
<b>Freezing</b>	stiffening, avoiding movement, holding breath	0	1	2	3	x
<b>Guarding</b>	protecting affected area, holding body part, avoiding touch, moving away	0	1	2	3	x
<b>Resisting care</b>	resisting being moved or resisting care, being uncooperative	0	1	2	3	x
<b>Rubbing</b>	tugging or massaging affected area	0	1	2	3	x
<b>Restlessness</b>	fidgeting, wringing hands, rocking back and forth	0	1	2	3	x
<b>VOCALIZATION</b>						
<b>Using pain-related words</b>	using pain words, like "ouch", "ow", or "that hurts"	0	1	2	3	x
<b>Shouting</b>	using a loud voice to express words	0	1	2	3	x
<b>Groaning</b>	making a deep, inarticulate sound	0	1	2	3	x
<b>Mumbling</b>	uttering words and/or sounds indistinctly	0	1	2	3	x
<b>Complaining</b>	expressing being unhappy, sick, uncomfortable, and/or in pain	0	1	2	3	x
<b>SUM=</b>						

In which situation did you observe the person?

- At rest
- During an activity of daily living (ADL), please describe:
- During guided movement, please describe:



## Vedlegg x: MOBID -2

Bilde av originalfil, hentet fra [https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID\\_2.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/MOBID_2.pdf)

APPENDIKS

## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Patientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

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

### Smerteatferd

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

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

	Smertelyd <Aut> Stønner Ynker seg Gisper Skriker	Ansiktsuttrykk Grimeser Ryker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Avvergereaksjon Stivner Beskytter seg Skyver fra seg Endringer i pusten Krymper seg
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

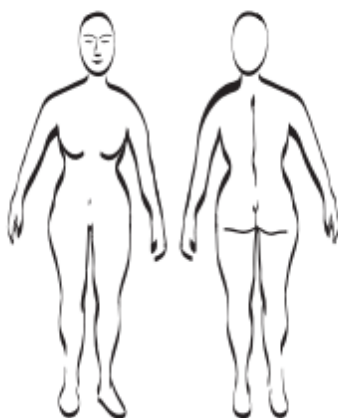
1. Led til å åpne begge hender	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

## Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)

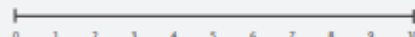


## Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet



Vedlegg x: DOLOPLUS -2

Bilde av originalfil, hentet fra:

[https://min.helsekompetanse.no/pluginfile.php/29042/mod\\_book/chapter/2548/Doloplus%20-%202%5B1%5D.pdf](https://min.helsekompetanse.no/pluginfile.php/29042/mod_book/chapter/2548/Doloplus%20-%202%5B1%5D.pdf)

DOLOPLUS - 2		Dato	
Navn: _____			
Fødselsnr.: _____			
<b>Smerteskala for personer med kognitiv svikt SOMATISKE REAKSJONER</b>			
Klager på smerte	-ingen klager -klager bare ved ferskesmerter/undertrykke -spontane klager og og til -vokvrende klager	0 1 2 3	0 1 1 1
Smerterfrende hvilstillinger	-beholder noen smertelindende hvalstillinger -enngde av og til enkelte hvalstillinger -beholder vokvrende og offtidige smertelindende stillinger -stidlige vinkningsposisjoner (gjener ikke no)	0 1 1 2	0 0 0 0
Belytter smertelulle områder	-ingen berprster -beholder seg, men tilker stidvokvrende -beholder seg i henner stidvokvrende -beholder seg og til fjerre og kontakt	1 2 3	1 1 1
Anskuettrykk	-noomt anskuettrykk -anskettrykk som uttryker smerte ved forprer/kontakt/undertrykke -anskettrykk som uttryker smerte spontant -vokvrende uttrykket anskuet (metode, tomt blikk)	0 1 1 2	0 0 0 0
Svner	-noomt svner -problemer med svnering -frygter oppvokvninger (umulig svner) -gjenglytter som paker vider tilsvner	0 1 1 2	0 0 0 0
<b>PSYKOMOTORISKE REAKSJONER</b>			
Stall og/ eller på bedring	-stidvokvret/bevokvlytter er andrer (noomt) -aktivitet/bevokvlytter er litt hneret, men lar seg gjenglytte -aktivitet/bevokvlytter er bedring hneret (umulig d gjenglytte) -umulig posisjoner medetter seg om hert forok	0 1 1 2	0 0 0 0
Forflytning	-gjenglytter seg som vanlig -lker resultater (umulig enkelte bevokvlytter kjennet gk-trahul) -stere resultater (stidvokvret hert og gjenglytte versidlig) -gjenglytte er umulig, posisjoner lar seg ikke overvokv	0 1 1 2	0 0 0 0
<b>PSYKOSOSIALE REAKSJONER</b>			
Kommunikasjon	-noomt kommunikasjon -internt kommunikasjon, sjokk og prer/foroktler på svnering andrer -noomt kommunikasjon (til svner og til) -fjerre eller svnering av ut kommunikasjon -noomt aktivitet/aktivitet (aktivitet/hvalstillinger osv) -aktivitet/aktivitet men lar seg overvokv -reder og til d aktivitet/aktivitet -avvokv, fjerre aktivitet	0 1 1 2	0 0 0 0
Afstedproblemer	-gjenglytter afstedproblemer -pennemot afstedproblemer i kontakt med andrer -pennemot afstedproblemer (stidvokvret uten eters svnering/foroktler)	0 1 1 2	0 0 0 0
TOTALT		3 3 3	3 3 3

Sjeneret er basert på «Smerteregulering for eldre, Doloplus - 2» Kvegg og Elysson (2011) /savn kommunene.

DOLOPLUS - 2

**Nøkkeord**

**Klager**  
Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppsprikk (fryn/mimikk), uttrykk, stanning og/eller jarming. Smerterfrende stillinger  
Uvokvret kroppstilling for å unngå eller lindre smerte.  
Belytter smertelulle områder  
Pasienten belytter en eller flere deler av kroppen ved å rulle inn forsvorposisjon og/eller ved be- styttende/bevokvret bevokvlytter. Ikke stidvokvret du mistenker at det er angst som uttrykker atfenden. Mange demente vil belytte seg når de ikke forstår hva som skal skje, dette må det tas hensyn til ved evalueringen.

**Anskuettrykk**  
Anskuet uttrykker smerte ved grusaset i mimikk (fryn, sammenbitt eller uttrykket) og ved blikk (stidvokvret, forsvorvokvret, frysing, berdenk, vint, desprert engstelig eller foroktler). Noen demente har vokvrende uttrykket anskuet som en konsekvens av sin demene, se derfor etter forandring i forhold til det normale for pasienten.

**Forflytning**  
Alle former for hvalforandring, undertrykke, tilsvnering (vokvforandring), hnerendret kontakt, behandling og stall  
Stall/påbedring  
Vokvret av smerte under stall (eventuelt tookkett- berokv) og/eller påbedring alene eller ved hjelp.  
Benglytter  
Vokvret av smerte ved bevokvlytter, endring av stilling/posisjon, forflytning, genger, alene eller ved hjelp.  
Kommunikasjon  
Vokvret av smerte. Se etter forandring fra pasientens normale kommunikasjonsmåte.

**Sosial aktivitet**  
Måskidder tilsvnering, aktivitet, terapeutisk behandling og besok.  
**Afstedproblemer**  
Aggresjon, svnering (foroktler), forsvor, tilsvnering, regression, spenning som aktiv dtdhjelp osv. Se spesielt etter forandring i normale afstedproblemer som kan skydes smerte.

**Brukerveiledning**

Beakforoktler oppbeholder  
Som ved et hvilket som helst nytt instrumet, er det klokt å prve det ut før man setter i gang. Noen ganger reduseres ved erfaring (maks. nover 10 minutter). Hvis det er mulig, er det lurt å prve seg på pasienter som allerede er hneret til et behandlingssopplegg.  
Regulering i hertfaglige grupper  
Regulering fra flere prver (fjerre, gjenglytter, hjelp- prver) er å foretrekke, usrettet behandlingssidde (gjenglytte, prver, fjerre osv). Hneret kan familien og andre påsvende delta. Svlsen inngreper i pleie- joulsen.  
Ikke krys av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet  
Det er ikke nødprving å finne svar på alle deler av svlsen, særlig ikke derfor en ukjent pasient hvor man ikke hnerer alle data spesielt på det psykossiale plan. Ved tvil kontakt hneret, reguleres bare legemlige fakta.

**Bedring**  
Re-evalueringen bør finne sted to ganger daglig (inntil lindring av smerten, videre reguleret og avhengig av den enkelte situasjon). Forhørt av behandling er det viktig å ha resultatene fra DOLOPLUS i pleie- journalen (og ikke lenger med temperatur og blodtrykk) dermed kan man hertbegge. Priser og gjenglytte egne behandlinger  
Ilike sammenlignbare resultatene til ulike pasienter  
Smerte er subjektiv. Sammenligning av poengsum pasienter imellom har derfor ingen hneret. Kun pasienters individuelle utvikling er av interesse.  
Ved tvil, ikke nøl med å sette i gang en beak- behandling med smertelindende tilsk.  
Resultat lik eller over 5 av 20, antyder smerte. I tilfeller med nærliggende poengsumme, bør man la viden komme pasienten til gode. Hvis situasjonen foroktler ved smertelindende tilsk, vil smerte være påvokv.  
Svlsen omhandler smerte, ikke depresjon, usker- stendighet eller kognitiv funksjon  
Det finnes pasienter med svnering for alle symptomer, men det er viktig å forstå at man her prver å fange opp afstedforandring knyttet til eventuelle smerte, punkt 6 og 7 evaluerer bare smerte, ikke god av selvstendighet.

Ilike hneret DOLOPLUS 2-svlsen i alle tilfeller  
Hvis pasienten er kommunikativ og samarbeidvokv er det nødprving å bruke instruksjoner for evaluering. Dermed smerte er innprving, er det viktigere å lindre enn å evaluere. Ulike, hvis det er noen som helst tvil, er det bedre med en DOLOPLUS- evaluering enn en undervokvret av pasientens smertetilstand.