

Kandidatnummer 8100

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Identifisering av smerte hos pasienter med demens som mangler talespråk



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 27.10.2021]

Kandidatnummer 8100

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

Sammendrag

Bakgrunn

Nysgjerrighet rundt tema oppsto som følge av personlig erfaring ved pleie av en sykehjemspasient med demens som manglet talespråk. Jeg følte at pasienten ikke hadde det bra, men var usikker på om årsaken var smerter eller andre forhold.

Smertevurdering er sykepleierens ansvar og et første steg til smertebehandling og smertelindring. Kunnskap om smertevurdering for pasienter med demens som mangler talespråk kan også anvendes til andre pasientgrupper, som pasienter med diverse utviklingshemninger eller intensivpasienter.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvilke elementer og informasjon sykepleiere vurderer som viktige under en smertevurdering av pasienter med demens som mangler talespråk.

Metode

Metoden integrativ litteraturoversikt er blitt brukt i denne oppgaven. Metoden innebærer søk, analyse og syntese av tidligere forskning og kunnskap på et fagområde. Etter søk i nettbaserte akademiske databaser, valg og kritisk vurdering av artikler, ble data av fem kvalitative studier analysert and syntetisert med fokus på å identifisere fellestrekk.

Resultater

Observasjon av pasientens smerteatferd, sykepleiernes kliniske kompetanse, deres kjennskap til pasienten og samarbeid med pårørende er nøkkel elementer i en smertevurdering. Smertekartleggingsverktøy basert på observasjon av pasientens atferd er sjelden brukt og er ofte vurdert som lite egnet til bruk for pasienter med demens uten talespråk. Respondentene etterlyste tydelige retningslinjer, mer tid for å bli kjent med pasienten, utvikling av kompetanse på fagområde, samt smertekartleggingsverktøy som er egnet for pasienter med demens som mangler talespråk.

Nøkkelord

Demens, smerte, sykepleier, smertevurdering, smertekartleggingsverktøy, smerteatferd og nonverbal kommunikasjon.

Abstract

Background

The choice of the theme was based on a personal experience during care for a patient with advanced dementia with a total language deficit. I had a feeling that the patient was not well, but I was unsure if the cause was pain or other conditions related to dementia.

Pain assessment is a nurse's responsibility and a first step to pain management and pain relief. Knowledge of pain assessment methods for patients with dementia who lost the ability to communicate with words, can be also applied to other patient groups, such as patients with intellectual disabilities or intensive care patients.

Purpose

The purpose of this thesis is to examine which elements and information nurses rely on when assessing and identifying pain in a patient with dementia who lost the ability to communicate with words.

Method

The method of this thesis is the integrative literature review. The method involves retrieving, analysing and synthesizing the previous research and knowledge in a research field. After search in electronic academic databases, selection and critical evaluation of articles, results of five qualitative studies are analysed and synthesized.

Findings

Observation of patients' pain behaviour, the nurses clinical competence, how well one knows the patient and cooperation with the next of kin are key elements in the pain assessment. Pain assessment tools based on observation of the patient's behavior are rarely used and are often considered not appropriate for patients with demens who cannot communicate with words. Nurses feel the need for clear guidelines, more time to get to know the patient, development of expertise in the field as well as more specific pain assessment tools.

Key words

Dementia, pain, nurse, pain assessment, pain assessment tools, pain behaviour and nonverbal communication.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering	1
1.3 Hensikt	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2 TEORI	4
2.1 Demens.....	4
2.2 Smerte.....	5
2.3 Smerte hos personer med demens	6
2.3.1 <i>Smerteatferd og nonverbal kommunikasjon</i>	6
2.3.2 <i>Smertekartlegging</i>	8
2.3.3 <i>Personsentrert sykepleie til pasienter med demens</i>	9
2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	9
2.5 Florence Nightingales tenking om observasjon	11
3 METODE	12
3.1. Hva er metode?.....	12
3.2 Integrativ litteraturoversikt som metode	13
3.3 Litteratursøk	13
3.3.1 <i>Valg av databaser</i>	14
3.3.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	14
3.3.3 <i>Valg av søkeord</i>	15
3.3.4 <i>Sekundærsøk</i>	15
3.3.5 <i>Valg av artikler</i>	16
3.4 Analyse.....	18
4 RESULTATER	20
4.1 Elementer som inngår i smertevurdering	20
4.1.1 <i>Smerteatferd og nonverbal kommunikasjon</i>	20
4.1.2 <i>Smertekartleggingsverktøy</i>	22
4.2 Relasjoner.....	23
4.3 Kunnskaper.....	25
5 DISKUSJON	27

5.1	Metodediskusjon	27
5.1.1	<i>Litteraturbasert studie som metode</i>	27
5.1.2	<i>Vurdering av artikler</i>	27
5.1.3	<i>Vurdering av analyse av artikler</i>	29
5.1.4	<i>Vurdering av metoder anvendt i artiklene</i>	29
5.1.5	<i>Etiske overveielser i studiene</i>	30
5.2	Resultatdiskusjon.....	31
5.2.1	<i>Smerteatferd, nonverbal kommunikasjon og observasjon av pasienter</i>	31
5.2.2	<i>Smertekartleggingsverktøy</i>	33
5.2.3	<i>Fysiologiske tegn på smerte</i>	34
5.2.4	<i>Relasjoner</i>	34
5.2.5	<i>Kunnskaper</i>	35
6	ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS	38
	LITTERATURLISTE	40
	Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler	
	Vedlegg 2. Oversikt over søkehistorikk av vitenskapelige artikler	
	Vedlegg 3. Oversikt over mest brukte kartleggingsverktøy for observasjon av smerte hos pasienter med demens	
	Vedlegg 4. Abbey Pain Scale	
	Vedlegg 5. Smertekartleggingsverktøy CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2	
	Vedlegg 6. Smertekartleggingsverktøy Numeric Pain Intensity Scale og Faces Scale	

Antall ord: 10988

1 INNLEDNING

Forskning har enda ikke kommet til et entydig svar på hva som forårsaker demens, og det er per dags dato ingen helbredende behandling mot syndromet (Engedal & Berentsen, 2016, s. 47). Desto viktigere blir det å tilrettelegge for at pasienter har en mest mulig god tilværelse. Dette kan oppnås ved lindring av smerte og andre fysiske plager samt ved å skape forutsigbart og trygt miljø (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, u.å., i Behandling og oppfølging, avsnitt 2-3).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interesse for tema «Smertevurdering hos pasienter med demens som mangler talespråk», oppsto i løpet av praksisperiodene på sykepleiestudiet. I mitt første år på studiet hadde jeg ofte ansvar for pleie av en pasient med langkommet demens som manglet talespråk. Mannen lå mye i fosterstilling, kroppen følte anspent og han stønet iblant når han ble stelt eller hjulpet til leieendring. Pasientens atferd tydet på at han ikke hadde det bra.

I en annen praksisperiode møtte jeg en eldre dame som ble operert etter hoftebrudd og som hadde moderat grad av demens med intakt språkevne. Hun fikk smertestillende legemiddel postoperativt, men jeg kunne ikke dokumentere effekten av det hos pasienten, fordi hun opplevdes like engstelig som før administrering av medisinen og kunne ikke beskrive smertens intensitet. Min usikkerhet handlet om å vurdere hvorvidt pasientene hadde smerter eller om det var faktorer relatert til demenssykdom som spilte inn.

Det er stor sannsynlighet at jeg vil møte flere pasienter med demens i løpet av mitt yrkesliv. Ved å undersøke forskning om smertevurdering hos denne pasientgruppen, kan jeg skaffe meg kunnskap og bedre forståelse om temaet.

1.2 Problemformulering

Oppgavens problemformulering er innenfor smertematikk. Problemformuleringen ble definert ved hjelp av PICO-spørsmål, som hjelper å spisse problemområdet og avdekke hvilken kunnskap som finnes og hvilken kunnskap som mangler (Friberg, 2017, s. 41-42). *Population*

er pasienter med demens som mistet talespråk, *Intervention* (eller kontekst) er smerter, studiet av tidligere forskning på hvordan sykepleiere kan identifisere smerter er *Comparison*, og *Outcome* er kunnskap om hvilke elementer og strategier hjelper sykepleiere i smertevurderingen.

Pasienter med langkommet demens taper språkevne. Sykepleiere i denne situasjonen har en spesielt avgjørende rolle på grunn av direkte og ofte langvarig kontakt med disse pasientene. Samtidig viser forskning at sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen, mangler felles retningslinjer og nødvendig kompetanse på området (Achterberg et al., 2013, s. 1475-1476).

Problemformuleringen kan ses i tråd med forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, §§ 4-6), som slår fast at kandidater skal ha, blant annet, kunnskap i de eldres spesielle behov, sykepleierens lindrende funksjon, observasjonskompetanse, i palliativ fase samt ved komplekse og sammensatte behov.

Problemformuleringen er begrenset til systematisk kartlegging av forskning av forskjellige elementer som hjelper sykepleiere å identifisere smerter. En annen viktig side kunne vært å undersøke studier om smertekartleggingsverktøy fordi de inngår i helhetlig smertevurdering (Herr, Coyne, Ely, Gélinas & Manworren, 2019, s. 412).

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å systematisk vurdere eksisterende forskning. Dette for å identifisere elementer som har betydning for sykepleiere i smertevurdering av pasienter med demens som har mistet evne til talespråk.

1.4 Begrepsavklaring

Abbey Pain Scale er et verktøy utarbeidet i Australia for smertekartlegging av pasienter med nedsatt kognitiv funksjon og som ikke kan formidle sin smerte med ord (Svenskt Demenscentrum, 2020).

AGS er en forkortelse for «American Geriatrik Society», en ideell organisasjon grunnlagt i 1942. Medlemmer er geriatrik helsepersonell som jobber for å forbedre helse og livskvalitet av eldre mennesker (American Geriatrics Society [AGS], u.å., i About us).

APSD er en forkortelse for «atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens» (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417).

CNPI er en forkortelse for «Checklist of nonverbal pain indicators». Det er et amerikansk verktøy i form av en liste på seks smerteindikatorer basert på atferd for kartlegging av smerte hos eldre uten talespråk med alvorlig kognitiv svikt (Bjøro & Torvik, 2008, s. 190). Oversatt til norsk.

Doloplus-2 er et verktøy utarbeidet i Frankrike for systematisk vurdering av kroniske smerter hos eldre pasienter med demens (Bjøro & Torvik, 2008, s. 192). Oversatt til norsk.

ICD-10 og *ICD-11* er forkortelser for den tiende og den ellefte versjonen av internasjonale klassifikasjonssystemet for sykdom (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) utarbeidet av World Health Organisation.

MOBID-2 er en forkortelse for «Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia», en smerteskala utarbeidet i Norge for smertekartlegging av pasienter med demens (Husebø, 2016, s. 490).

Smerte er definert som enten «opplevelse av ubehag, pine som enten kan knyttes til en skade av kroppen eller noe som kjennes som om det kan skade kroppen» eller «følelse av sterkt sjelelig ubehag» (Smerte, u.a.). I denne oppgaven blir begrepet smerte anvendt i forstand av kroppslig smerte, altså smerte som oppstår i kroppens strukturer (Nortvedt, 2016, s. 170).

2 TEORI

Dette kapitlet skal beskrive først hva demens er. Oppgaven min handler om demens som et samlebegrep, derfor går den ikke i dybden på sykdommer og risikofaktorer som kan forårsake demens. Deretter, presenteres definisjon av smerte og hvordan smerteopplevelsen arter seg hos personer med demens. Videre beskrives hvilke atferdsmessige uttrykk som kan indikere på smerte hos pasienter med demens som mangler talespråk, samt en kort presentasjon av smertekartlegging for denne pasientgruppen. Det gis en kort beskrivelse av personsentrert omsorg som grunnlaget for sykepleie ved demens. Problemstillingen er valgt å belyses ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Florence Nightingale forfatterskap. Nightingales tenking om observasjonskunnskaper har mest betydning for oppgavenes hensikt. Derfor er ikke hennes behovsteorien utdypet.

2.1 Demens

Demens omtales i faglitteratur som et syndrom, som betyr et samlebegrep på en tilstand som ødelegger flere av hjernens funksjoner, og det skyldes forskjellige organiske sykdommer samt hjerneskader (Engedal & Haugen, 2016, s. 13). Alzheimer sykdom er den mest vanlige typen av demens (57%), etterfulgt av vaskulær demens (10%) (Gjøra et al., 2021, s. 1220).

Kriterieriene for å stille demensdiagnose ifølge ICD-10 er presentert i tabell 1 (World Health Organization, referert i Gjøra, Kjellvik, Strand, Kvello-Alme & Selbæk, 2020, s. 8):

Tabell 1. Kriterier for demenssykdom, ICD-10

Kriterier for demenssykdom (ICD-10)	
I	1. Svekket hukommelse, især for nyere data 2. Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, å tenke, abstraksjon) Den kognitive svikten må påvirke dagliglivets funksjoner
II	Klar bevissthet
III	Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Emosjonell labilitet 2. Irritabilitet 3. Apati 4. Unyansert sosial atferd
IV	Tilstanden må ha en varighet på seks måneder eller mer

I tillegg til kognitiv svikt, manifesteres demenssyndromet seg i form av ikke-kognitive symptomer som «...depresjon, apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger» eller APSD (Skovdal & Berentsen, 2014, s. 417). APSD er vurdert som en av de viktigste faktorer, sammen med hukommelsestap og fysisk dysfunksjon, som påvirker livet til personer med demens (Holzer, Warner, Iliffe, referert i Achterberg et al., 2013, s. 1472).

Demenssykdommer er alltid progredierende, og demensutviklingen kan kategoriseres i forskjellige grader. Mild grad kjennetegnes av endret evne til å forstå og tenke. I moderat fase svekkes kognitive evner ytterligere. Videre i forløpet rammes pasienten av alvorlig svikt av både kognitiv og fysisk funksjon (Engedal & Haugen, 2016, s. 17-18). ICD-11 gir følgende forklaring av symptomer:

Memory impairment is present in most forms of dementia, but cognitive impairment is not restricted to memory (i.e., there is impairment in other areas such as executive functions, attention, language, social cognition and judgment, psychomotor speed, visuoperceptual or visuospatial abilities). The cognitive impairment is not attributable to normal aging and significantly interferes with independence in the person's performance of activities of daily living. (World Health Organization, 2021)

Estimert antall mennesker med demens i Norge er 101 118 personer, dette utgjør 1,88% av befolkningen (Gjøra et al., 2021, s. 1219). Dette tallet antas å bli høyere fordi man lever lengre nå, og forekomsten av sykdommen øker med alderen.

2.2 Smerte

«An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage» (International Association for Study of Pain [IASP], 2017, avsnitt 1). Smerte er en subjektiv opplevelse som blir påvirket av sosiale, fysiologiske, psykologiske faktorer samt menneskets tidligere livserfaringer (IASP, 2017, avsnitt 3).

«Gold standard» for smertevurdering er selvrapporing (Sampson & Pautex, 2021, avsnitt 4). McCaffery (1968, s. 95) skriver:

«...for patient and nurse the most beneficial definition of pain for nursing to adopt is that pain is whatever the experiencing person says it is and exists whenever he says it does».

Fysiologisk sett opplever man smerte ved at nociseptorer (smertereseptorer) i nerveendene av spesielle sensoriske nervefibrer kalt smertefibrer, blir påvirket av forskjellig stimuli. Stimuli kan være kjemiske eller mekaniske, og felles for de er at de skader kroppsvev (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2015, s.152-153).

Smerte inndeles i akutt, når personen er i fare for skade, og langvarig, og begge deler er vanlige hos eldre. Eksempler på langvarige smerter kan være artrose, rygg smerter, osteoporose, smerter etter hoftebrudd, nevrologiske sykdommer og kreft (Torvik & Bjøro, 2014, s. 390-391). Det er spesielt langvarige smerter som blir forbundet med vedvarende nedsatt livskvalitet og store lidelser (Nortvedt, 2016, s. 175).

2.3 Smerte hos personer med demens

Smerte er ikke et symptom ved demens, men et vanlig problem hos eldre (Torvik & Bjøro, 2014, s. 391). Samtidig tyder undersøkelser på at eldre pasienter med kognitiv svikt kan være spesielt sårbare for smerter. Undersøkelsen til Corbett et al. (referert i Achterberg, Lautenbacher, Husebo, Erdal & Herr, 2020, s. 2) viser at mellom 60 og 80 prosent av sykehjemsbeboere opplever regelmessig smerte. I studie av Proctor og Hirdes (referert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 184) gjennomført på sykehjem i Canada kom forskere fram til at det var større sammenheng mellom smerteopplevelser og sykehistorie med plager som hoftebrudd, depresjon og ustødighet ved gangen hos pasienter med kognitiv svikt enn hos de uten kognitiv svikt. Nyere studier fant ut at pasienter med Alzheimers sykdom reagerer kraftigere på smertestimuli enn pasienter uten demens (Defrin et al., referert i Achterberg et al., 2020, s. 2), og at personer med vaskulær demens opplever samme smerteintensitet som de uten demens, men lider tydeligvis mer av det (Scherder et al., referert i Achterberg et al., 2020, s. 2).

2.3.1 *Smerteatferd og nonverbal kommunikasjon*

Nonverbal kommunikasjon og smerteatferd er nært knyttet sammen. Smerteatferd defineres som observerbare atferdsforandringer på grunn av smerteopplevelse, og som manifesteres på forskjellige måter (Bjøro & Torvik, 2008, s. 188).

Både smerteatferd og nonverbal kommunikasjon skal tolkes, og nonverbal kommunikasjon er ofte ikke planlagt og nesten ubevisst for mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 135-136).

Videre, på lik linje med smerteatferd, uttrykkes nonverbal kommunikasjon gjennom forskjellige kanaler: «... ansikt, blikk, kropp, stemme, berøring, stillhet, tempo» (Eide & Eide, 2017, s. 140).

Nasjonal faglig retningslinje for demens slår fast at smertevurdering av pasienter uten talespråk skal baseres på «... observasjoner av pasientens atferd gjort av helse- og omsorgspersonell samt pårørende» (Helsedirektoratet, 2019, avsnitt 9). Ytringer på smerteatferd varierer fra person til person. Disse kan omtales som «... individuelle *smertesignatur*» (Herr & Decker, referert i Bjørø & Torvik, 2008, s. 188).

Mennesker med demens uttrykker ofte smerte gjennom atferd, og forskning tyder på at smerte er en viktig faktor som provoserer APSD (Corbett et al., referert i Achterberg et al., 2013, s. 1472). Typiske uttrykk av smerteatferd kan bli oppfattet som uttrykk på demenssykdommen. I slike tilfeller kan pasienter bli ordinert beroligende legemidler i stedet for smertestillende (Helsedirektoratet, 2019, avsnitt 4; Achterberg et al., 2013, s. 1472).

AGS (2002, s. 211) publiserte praktisk veiledning for vurdering av smerte basert på forskning om smertevurdering og klinisk praksis. Den er presentert i tabell 2 (American Geriatrics Society, referert og oversatt i Bjørø & Torvik, 2008, s. 189):

Tabell 2. Vanlig smerteatferd hos eldre med kognitiv svikt.

- *Ansiktsuttrykk*: mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
- *Verbalisering, vokalisering*: sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop.
- *Kroppsbevegelser*: rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endring i gangart og kroppsbevegelse.
- *Forandring i mellommenneskelig samhandling*: aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.

- *Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:* matvegring, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
- *Forandring i mental status:* gråteøkter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet.

Mens ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og vokalisering er vurdert som sikre atferdsuttrykk for smerte (Warden, Hurley & Volicer, referert i Achterberg et al., 2020, s. 3), kan andre atferdsuttrykk være vanskelig å vurdere. God kunnskap til pasientens vanlige atferdsmønster blir nødvendig for å avdekke smerte (Bjøro & Torvik, 2008, s. 189-190).

2.3.2 Smertekartlegging

Herr et al. (2019, s. 412) skrev generelle anbefalinger for klinisk praksis i smertekartlegging hos pasienter med demens som ikke kan rapportere smerte. Anbefalingene oppsummeres i tabell 3 under:

Tabell 3. Prinsipper for smertekartlegging

Prinsipp	Tiltak
Å være oppmerksom på mulige årsaker til smerte	Langvarige smerter vanlige hos eldre (for eksempel, artritt, rygg smerter og osteoporoses)
Observasjon av pasientens atferd	AGS (2002) praktisk veiledning Bruk av smertekartleggingsverktøy
Informasjon fra pårørende om pasientens atferd ved smerter	
Forsøke smertelindring	Smertetrapp prinsipp: Paracetamol, svakt opioid

Det finnes flere smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens. De ble utarbeidet i forskjellige land og på flere språk (Herr et al., 2019, s. 412). Forskning viser at smertevurdering og smertebehandling blir mer effektive ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Rostad et al., referert i Achterberg et al., 2020, s. 3).

Liste over de mest brukte observasjonsverktøy er presentert i vedlegg 3. Skjemaer CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 har blitt brukt i Norge for smertevurdering av pasienter med demens og uten talespråk (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398), og er presentert i vedlegg 5.

2.3.3 *Personsentrert sykepleie til pasienter med demens*

Sykepleie til personer med demens handler om å kunne hjelpe dem å oppleve best mulig livskvalitet uansett begrensninger syndromet fører til. Sykepleien til denne pasientgruppen bygger på den filosofiske tilnærmingen personsentrert omsorg. Dette innebærer å verdsette pasienten som en unik person og å tilrettelegge omgivelser og miljø slik at pasienten bevarer sin identitet og menneskeverd (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408-409). Dette forutsetter godt kjennskap til pasienten og pasientens både livs- og sykehistorie, erfaringer og opplevelser (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422).

Personsentrert omsorg er innarbeidet i nasjonal faglig retningslinje for demens (Helsedirektoratet, 2019) som et grunnlag for omsorg, pleie og behandling av pasienter med demens. Prinsippet om personsentrert omsorg er også nedfelt i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003, § 3, ledd 2), pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1, ledd 2) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1). I de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019, 2.10) påpekes også at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse»

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Omsorg er et sentralt begrep i Martinsens filosofiske tilnærming til sykepleie. Omsorg som begrep har, ifølge filosofen, tre dimensjoner: relasjonell, moralsk og praktisk. Omsorg som relasjonelt begrep skal forstås ut fra kollektivistisk menneskesyn, som innebærer at vi som mennesker er preget av gjensidig avhengighet. Dette går imidlertid ikke i strid med det å være selvhjulpne (Martinsen, 2003a, s. 14-15). I lyset av kollektivistisk menneskesyn er mennesket avhengig av samfunnet og knyttet til det (Martinsen, 2003a, s. 47). Derfor kan avhengighet bli sett på som grunnleggende i menneskets liv og en forpliktelse. Paradoksalt nok fører dette til «... et deltakende omsorgsfullt ansvar i dagliglivet ... Ikke bare for giveren, men også ... for mottakeren» (Martinsen, 2003a, s. 47).

Omsorgsmoral bygger på «*prinsippet om ansvaret for svake*» eller på «*moralske universalismeprinsipp*» (Martinsen, 2003a, s. 15). Moralsk universalismeprinsipp handler om menneskers håp om så godt liv som mulig, hvor ingen kan være sikker på at ikke han eller hun en dag blir den svake. Da blir det viktigere å være solidarisk med de svake og minimere lidelsen enn å øke lykkefølelse (Martinsen, 2003a, s. 51). Martinsen ser på relasjonell, emosjonell og situasjonsbestemt kvinnelig moral som et fundament for omsorgsmoral. Derimot, blir mannlig rasjonal moral som utelukker følelser i handlinger og bygger på formale prinsipper som ikke blir knyttet til en konkret situasjon, omtalt av Martinsen som «*formålsrasjonell moral*» (2003a, s. 19).

Omsorgens praktiske dimensjon er, ifølge Martinsen, knyttet til prinsippet om ansvaret for svake. Hun trekker fram fortellingen om den barmhjertige samaritan og peker på at samaritanen i fortellingen lindrer praktisk den andres lidelse og at «... hjelpen gis betingelsesløst» (Martinsen, 2003a, s. 16).

Martinsen skiller mellom «*vekstomsorg*» og «*vedlikeholdsomsorg*» (2003a, s. 77-78). Vekstomsorg innebærer at omsorgsgiver forventer at omsorgsmottaker blir mer selvhjulpen som resultat av omsorgsarbeid. Slike forventninger uteblir ved vedlikeholdsomsorg, og målet blir å holde pasientens funksjon ved like eller å hjelpe personen til å gjenvinne noe funksjon. På den måte, sørger hjelperen for «... å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå- situasjon» (Martinsen, 2003a, s. 77-78).

Martinsen har blitt inspirert av Løgstrups filosofi om sansning og drøfter begreper tydning og sansning i sitt verk «*Løgstrup og sykepleie*» (Martinsen, 2012). Hun beskriver sansning som «... uavhengig av forståelsen» og noe «... som gjør inntrykk på oss» (Martinsen, 2012, s. 15). Tydning er ikke et produkt av menneskets intellekt, men «... bevegelsen mellom sansning og forståelse, der forståelsen skjer på sansningens vilkår» (Martinsen, 2012, s. 15). Martinsen (2012, s. 76) påpeker at moralske normer er viktige å forholde seg til i sykepleiesituasjoner, men normene skal følges sammen med «... en sansende tilstedeværelse». Når man ikke holder seg fast til normer, skapes det et rom for å handle med faglig skjønn, som Martinsen definerer slik: «Godt skjønn er den rette bedømmelsen, hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandre gjensidig» (Martinsen, 2003b, s. 91).

2.5 Florence Nightingales tenking om observasjon

I sitt verk «Notater om sykepleie» (1997), skriver Nightingale om hvordan sykepleieren bør utføre observasjoner av pasienter og se etter tegn på forandringer. Forfatteren skiller mellom to typer dårlig observasjon som fører til fraværende sannhet: «manglende *enkel* observasjon», når sykepleieren ikke legger merke til pasientens tilstand, og «manglende *sammensatt* observasjon», når fantasien griper inn, og sykepleieren blir overbevisst om noe som ikke er tilfelle (Nightingale, 1997, s. 150). Videre skriver Nightingale (1997, s. 154) at «... i vårt sykepleierkall er observasjon selve poenget». Hun understreker at det ikke er observasjonsevne som gjør en til en god sykepleier, men at uten evne til observasjon ville en være en ubrukkelig sykepleier (Nightingale, 1997, s. 155).

Pasientenes temperament kan være enten «hissig» eller «*kumulativt*» (Nightingale, 1997, s. 157). Hissig temperament viser seg ved at pasienten mister fotfeste ved enhver ubehagelig opplevelse, men roer seg fort. Pasienter med kumulativt temperament virker til å være tilsynelatende upåvirket av en stressfull situasjon, men blir svakere og dårligere i etterkant. Derfor bør sykepleieren observere «... hva som er konsekvensen av hva» (Nightingale, 1997, s. 157).

Nightingale (1997, s. 158) skriver at observasjon av en hånd betyr mer enn observasjon av ansiktet, fordi ansiktet som en del av kroppen, blir påvirket mer av andre forhold enn helse. Samtidig mener hun at det finnes sykdomsfysiognomi, og at det finnes tilstander som kan bli oppdaget gjennom ansiktsuttrykk. Sykdomsfysiognomi er et begrep skapt av Nightingale. Sykepleieren skal være bevisst på pasientens karakteristiske trekk, ved å observere de små tingene som er spesielle akkurat for den pasienten (Nightingale, 1997, s. 158-159).

3 METODE

I dette kapittelet beskrives først kort hva metode er, og hvilken metode som ble brukt for å belyse problemstillingen. Deretter presenteres framgangsmåte i litteratursøk for å finne relevante forskningsartikler. Til slutt beskrives analyse av data fra artiklene.

3.1. Hva er metode?

Metode er «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2015, s. 111, sitat fra V. Aubert). I forskningsarbeid defineres metode som teknikker som hjelper forskere å belyse en valgt problemstilling (Dalland, 2015, s. 112). Det avgjørende skillet går mellom kvantitative og kvalitative metoder (Lyckhage, 2017, s. 25).

Kvantitativ metode handler om å samle inn data som kan måles og telles og presenteres i form av variabler. Ved bruk av denne metoden, kommer en fram til et målbart resultat, som «... ska vara reproducerbar och kunna upprepas av andra forskare» (Forsberg & Wengström, 2016, s. 35). Metoden kan hjelpe oss å klassifisere og strukturere samlet data, samt utføre statistisk analyse. Hvis en ønsker å undersøke om sykepleiere med faglig kompetanse i smertekartlegging, bruker smertekartleggingsverktøy oftere enn sykepleiere uten denne kompetansen, egner kvantitativ metode seg godt til formålet. Datainnsamling kan skje gjennom spørreskjemaer, observasjonsskjemaer og registrering av objektive funn (Lyckhage, 2017, s. 33).

Kvalitativ metode brukes for å undersøke deltakernes opplevelser, erfaringer eller meninger, altså noe som ikke kan telles (Dalland, 2015, s. 112). Samlet data forteller om subjektive opplevelser og beskrives i ord (Lyckhage, 2017, s. 34). I sykepleieforskningen egner metoden seg for undersøkelser av pasienters eller helsepersonells oppfatninger eller erfaringer. I kvalitative studier kan data samles ved hjelp av observasjoner, intervjuer og videoopptak (Lyckhage, 2017, s. 34).

3.2 Integrativ litteraturoversikt som metode

Denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Ifølge universitetets retningslinjer, anbefales det at en bacheloroppgave er litteraturbasert (Harbin, 2020, s.3). Tid forbeholdt til oppgaveskriving er også en grunn til at det ble valgt en integrativ litteraturoversikt framfor empirisk arbeid.

Relevant materiale for litteraturbasert bacheloroppgave er vitenskapelige artikler (Segesten, 2017, s. 51). For å gjøre en integrativ litteraturoversikt skal man først definere problemstilling på fagområdet av interesse og bestemme kriterier av litteratursøk i relevante databaser (Whittemore & Knafl, 2005, s. 548-549). Videre følger valg av artikler, kritisk granskning, reduksjon, sammenligning av data samt identifisering av likhetstegn i materiale. Lignende resultater grupperes videre under samme kategori. Siste steg i prosessen blir syntetisering av kategorier til større enheter som skal oppsummere fenomenet av interesse (Whittemore & Knafl, 2005, s.548-551). Både kvalitative og kvantitative studier kan inkluderes, og bruk av begge typer samtidig kan ha effekt av å redusere feil og forebygge partiskhet i analyse (Whittemore & Knafl, 2005, s. 552).

3.3 Litteratursøk

Både innledende og strukturert litteratursøk ble benyttet i denne oppgaven. Innledende litteratursøk handler om å skape oversikt over hva som er publisert i området av interesse samt et grunnlag for videre arbeid (Friberg, 2017, s. 40). Søk i skolens elektronisk bibliotekskatalog Oria med søkekombinasjon *dementia* AND *pain* og avgrensningen til de ti siste årene ga over 66 000 treff mellom forskningsartikler, bøker og andre materialtyper. Dette er lite, sammenlignet med søkeord *covid* med avgrensningen til to siste år som ga over 106 000 treff i Oria.

Sentralt aspekt i strukturert litteratursøk for denne oppgaven er et søk etter vitenskapelige artikler i akademiske databaser på en systematisk måte, altså at parametere for søket er bestemt på forhånd. Disse kriteriene kan være tidsrom, språk, geografi eller hvorvidt artikkelen er fagfelleurdert (Dalland & Trygstad, 2015, s. 71-72). På den måten ble fire forskningsartikler funnet. En artikkel ble funnet gjennom sekundærsøk ved å studere referanselister i de andre

forskningsartiklene. Litteratursøk for denne oppgaven foregikk i perioden august-september 2021, og oversikt over søkehistorikk er presentert i vedlegg 2.

3.3.1 Valg av databaser

Kvalitetskontrollerte forskningsartikler finnes hovedsakelig i akademiske databaser, som «... är betaldatabaser innehållande kvalitetsgranskad forskning och vetenskapeliga publikationer» (Östlundh, 2017, s. 65-66). For denne oppgaven ble det brukt elektroniske databaser i Oria, under kategorien Helse- og sosialfag.

Det ble først søkt for artikler som handlet om norsk helsevesen. For dette formålet ble det brukt SveMed +, som er en nordisk bibliografisk database innenfor medisin og helse. Neste database som ble søkt i var Idunn, skandinavisk digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter. Deretter ble søket gjennomført i database CINAHL som er blant de største databasene for vitenskapelige artikler i sykepleie.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Östlundh (2017, s. 77) skriver at de mest brukte avgrensninger er «... tid, språk, dokumenttyp och peer reviewed». Geografi er et annet viktig kriterium for å spisse søk (Dalland & Trygstad, 2015, s. 71). Videre blir denne prosessen beskrevet. Avgrensningene er presentert i tabell 4.

Tidsrom for utgivelsesår ble begrenset til de ti siste årene, men i SveMed+ var det mulig å søke til og med år 2019. I SveMed+ og CINAHL ble søket videre avgrenset til *Peer reviewed* artikler, som er artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter. *Peer reviewed* funksjonen er ikke tilgjengelig i Idunn. I CINAHL kunne jeg avgrense dokumenttype til *research article* og velge engelsk som skrivespråk. De fleste vitenskapelige artikler blir skrevet på engelsk som er det mest brukte «... internasjonale hjelpespråk» (Dahl & Hille, 2019, avsnitt 2). Det neste relevante kriteriet var geografi. Denne avgrensningen var mulig å bruke i CINAHL. Grunnen til å ekskludere noen deler av verden var å kunne sammenligne forskning fra tilnærmet likt helsevesen og til land hvor det foregår utstrakt forskningsvirksomhet. Det ble valgt USA og europeiske land. Til slutt ble søket avgrenset til kun artikler med *abstract* (*sammendrag* på

norsk), som var mulig å gjøre i CINAHL. Slik kunne sammendragene brukes til å vurdere artiklenes relevans i forhold til problemstillingen.

Tabel 4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tid	Teoretiske artikler
Språk	Oversiktsartikler
Dokumenttype	Artikler som ikke omhandler sykepleiere sitt
<i>Peer reviewed</i>	perspektiv
Geografi	

3.3.3 Valg av søkeord

Problemstillingen ble brukt som utgangspunkt for å definere søkeord. Ord som representerer problemstillingen er *demens*, *smerte*, *smertevurdering*, *smertekartlegging*, *sykepleier*. I SveMed+ og Idunn ble også *smerteanalyse* brukt som søkeord fordi det er synonymt med *smertevurdering*. I alle databaser ble også de engelske ekvivalentene brukt som søkeord; *dementia*, *pain*, *pain assessment*, *nurse*. Svært få databaser søker automatisk etter forskjellige bøyingsformer av et ord (Östlundh, 2017, s. 71). Derfor ble noen ord trunkert, eksempelvis *sykepleie** og *nurs** slik at databaser søker også etter *sykepleier*, *nursing*, *nurses* med mer.

I CINAHL ble det i tillegg eksperimentert med forskjellige søkekombinasjoner for å spisse søket ytterligere, for eksempel *dementia AND pain assessment AND (nonverbal communication OR selv-report)*. Boolsk operator «AND» ble brukt for å forsikre at alle treff inneholder begge søkeordene, mens operatoren «OR» sikret at treff inkluderer enten en eller begge søkeord i parenteser.

3.3.4 Sekundærsøk

Utvalgte forskningsartikler og bøkene for teoridel var midt i blinken for å belyse min problemstilling. For å finne flere relevante artikler undersøkte jeg derfor referanselistene til disse. Referanselisten av artikkelen «Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia» (Monroe, Parish, & Mion, 2015) inneholdt artikkelen «Understanding

nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia» av Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013), som ble allerede funnet med søk I CINAHL.

3.3.5 Valg av artikler

I denne oppgaven presenteres fem forskningsartikler som beskriver kvalitative studier. Utfyllende oversikt av artiklene er presentert i vedlegg 1, og en kort presentasjon er laget i tabell 5:

Tabell 5. Kort presentasjon av artikler

Artikkel	Forfatter	Hensikt	Perspektiv	Metode
Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing	Lindenskov, L. & Bjørk, I. T.	Å utforske hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møter i kartlegging av postoperativ smerte og evaluering av behandling hos pasienter med redusert evne til selvrapporing	Sykepleiere	Kvalitativ
Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study	Karlsson, C. E., Bravell, M.E., Ek, K. & Bergh, I.	Å utforske erfaring i smertekartlegging av pasienter med demens hos sykepleiere og helsefagarbeidere ansatte i hjemmesykepleie.	Sykepleiere og helsefagarbeidere	Kvalitativ
Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C.	Å evaluere deltakernes metoder for å identifisere smerte hos pasienter med demens som bor på sykehjem.	Sykepleiere og helsefagarbeidere (<i>licensed practical nurse</i>)	Kvalitativ
End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	Lundin, E. & Godskesen, T. E.	Å beskrive sykepleierens erfaringer i pleie til smertepåvirket pasienter med avansert demens. Å undersøke sykepleierens perspektiv om egen rolle i smertevurdering og behandling.	Sykepleiere	Kvalitativ

Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J.	Å undersøke sykepleierens forståelse om smerte hos pasienter med demens, handlinger de utfører basert på denne forståelse og hvordan de to elementer relateres til hverandre.	Sykepleiere og helsefagarbeidere (<i>licensed practical nurse</i>).	Kvalitativ
---	--	---	---	------------

Artiklene ble valgt på flere grunnlag. Først, ble titlene undersøkt. På den måte kunne relevante artikler bli valgt for videre granskning (Östlundh, s. 77). Deretter ble sammendrag lest, og til slutt ble de artiklene med relevant sammendrag lest i fulltekst.

Artiklene ble vurdert kritisk om hvorvidt problemformuleringen var klar, om valgt metode var riktig for å svare på problemstillingen, samt om resultatene av studier samsvarte med hensikten til denne oppgaven og kunne brukes i min praksis (Helsebibliotek, 2016).

Alle artiklene ble publisert i fagfelle-vurdert tidsskrifter. I tillegg til søk i CINAHL med inklusjonskriteriet *peer reviewed*, ble nettside av Norsk senter for forskningsdata (u.å., i Publiseringkanaler) brukt for å sjekke hvorvidt tidsskrifter var vitenskapelige. Dette var spesielt viktig å gjøre for artikkelen funnet på Idunn fordi *peer reviewed* funksjonen ikke var tilgjengelig i databasen. Alle tidsskriftene var registrert på nivå 1, som er et register over vitenskapelige publikasjonskanaler.

Artiklene ble utformet ifølge IMRAD-struktur, som blir brukt for å strukturere en artikkel (Dalland & Trygstad, 2015, s. 79). Artiklene hadde ryddig oppbygning med sammendrag, introduksjon, metode, resultater, diskusjon og konklusjoner. Alle artiklene ble skrevet på minst syv sider, som også ble tatt med i vurderingen om artiklenes vitenskapelige holdbarhet (Östlundh, 2017, s. 79).

Jeg vurderte først å inkludere både kvantitative og kvalitative studier. Etter helhetlig vurdering av kvantitative studier, inkludert samme kriteriene som over, hvor stort bortfall og svarprosent ble rapportert samt etiske vurderinger av metoden i en av studiene, ble kvantitative studier valgt bort. Etiske overveielser blir nærmere omtalt i underkapittelet «Metodediskusjon».

Forskningsarena ble ikke avgrenset til en spesifikk kontekst. Dette blir diskutert nærmere i diskusjonskapittelet. Samtidig var det viktig at studienes deltakere hadde erfaring med pleie og omsorg av pasienter med demens. De samtlige studiene hadde sykepleierens erfaring på området som et inklusjonskriterium, og dette ble også vektlagt ved valg av artikler.

3.4 Analyse

I analysearbeidet ble det brukt en modell beskrevet av Friberg (2017, s. 135-137). Artikkene ble først gjennomlest fire ganger for å få en god forståelse av materialet og for å lete etter nøkkelfunn. Først ble et utkast av oppsummering av hver artikkel lagd med kategorier «Faktorer», «Hindringer» og «Konklusjoner» fordi jeg ønsket å ha god forståelse av studiene. Morse (2008) beskriver begrepet kategori slik: «... a collection of similar data sorted into the same place, and this arrangement enables the researchers to identify and describe the characteristics of the category» (sitert i Friberg, 2017, s. 150). Hver kategori ble underbygget med underkategorier med forskjellige elementer, altså funn som artiklene handlet om. Videre brukte jeg fargekoder for å fremheve funn som var felles i artiklene. På den måte ble aspektene som gikk igjen, samt ulikhetene, kartlagt.

Jeg laget deretter en tabell som inneholder analyse av hovedfunn fra kategorien «Faktorer». Elementene som tilhørte samme tema, ble gruppert i underkategorier. Underkategorier ble syntetisert videre under hovedkategorier. Sluttresultatet er presentert i tabell 6.

Tabell 6. Analyse av artikler

Hovedkategori	Underkategori
Elementer som inngår i smertevurdering	Smerteatferd og nonverbal kommunikasjon Smertekartleggingsverktøy Fysiologiske tegn på smerte
Relasjoner	Å kjenne pasienten godt Informasjon fra pårørende
Kunnskaper/ klinisk kompetanse	Erfaring

	Intuisjon Faglig skjønn
--	----------------------------

I begrepet kunnskap legger både jeg og funnene fra studiene, sykepleierens kliniske kompetanse. Sykepleierens kliniske kompetanse innebærer evne til observasjon av pasienten samt evne til å handle på en klok måte (Kristoffersen, 2016, s. 162). Kristoffersen skriver at klinisk kompetanse utvikles ved å tilegne seg «... teoretisk kunnskap og klinisk erfaring» (2016, s. 163). Intuisjon og faglig skjønn er andre aspekter ved klinisk kompetanse. Faglig skjønn betyr faglig dømmekraft og omfatter sykepleierens evne til faglig og moralsk riktig forståelse av en konkret situasjon og handling ut fra denne forståelsen (Kristoffersen, 2016, s. 169).

Artiklene som er skrevet på engelsk ble oversatt etter min beste evne, men upresis oversettelse og tolkning til norsk kan forekomme.

4 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultater fra samtlige studiene. Hoved- og underkategorier slik som de framstår i tabell 6, går igjen i de fleste artiklene. Funnene blir underbygget av sitater fra studiene.

4.1 Elementer som inngår i smertevurdering

Flere typer informasjon inngår i deltakernes vurdering av smerte hos pasienter med demens som manglet talespråk. I studiet av Monroe et al. (2015, s. 4) reflekterte deltakere om at smertevurdering hos denne pasientgruppen er som «Putting together a complex jigsaw puzzle». Nøkkelfunnet av samtlige studier var at observasjon av pasientens smerteatferd ble fremhevet som viktig i smertevurdering av alle respondentene. Videre avdekket fire av fem studier at deltakere benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. Fysiologiske tegn på smerte ble vurdert som viktige i tre studier. Klinisk kompetanse ble framhevet som betydningsfull for smertevurdering i tre studier.

4.1.1 *Smerteatferd og nonverbal kommunikasjon*

Alle studiens deltakere brukte observasjon av smerteatferd i egne vurderinger. Monroe et al. (2015, s. 5) avdekket at sykepleiere vurderte både verbale og atferdsindikatorer: «I just know they are in pain because of the way that they are acting ... other times, you'll just see the facial grimacing, or the guarding of the body ...». Forskere fant ut at sykepleiere anerkjente sammenheng mellom smerte og smerteatferd, samt at smertelindring ble rettet mot at pasienten skulle være tilbake til sin vanlige atferd og «... appearance of comfort» (Monroe et al., 2015, s. 6).

Studiet av Lindenskov & Bjørk (2016, s. 198) fant ut at observasjon av smerteatferd er det andre viktige elementet i smertevurdering (endringer i fysiologiske parametere er den første). Slik atferden kom til uttrykk som tydelige furer i ansiktet samt uroligheten. Sykepleierne kategoriserte videre smerteatferd i to kategorier: «den stille smerten» og «den urolige aggressive smerten». «Den stille smerten» kom til uttrykk ved at pasienten kunne ligge stille i sin seng, og at sykepleierne var bekymret om at slik likegyldighet kunne føre til at pasienter

ikke får nok smertelindring. «Den urolige aggressive smerten» kom til uttrykk ved at pasienter hadde sterke reaksjoner og lagde lyder. En sykepleier definerte situasjonen på denne måten: «... ofte når de kommer fra operasjonen ... våkner de med bråk, river av alt overvåkningsutstyr, er aggressive og ønsker å krabbe ut av sengen» (Lindenskov & Bjørk, 2015, s. 203).

Sykepleiernes vurdering av endring i pasientens atferd som indikasjon av smerte var et nøkkelfunn av studiet til Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013, s. 127). Sykepleierne systematiserte smerteindikatorer i tre hovedgrupper: atferd som tyder på smerte som å lage grimaser eller å gni en kroppsdel, atferd som tyder mye på smerte, eksempelvis, gråt og øvrige atferdsendringer som agitasjon, engstelighet og tilbaketrekning (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 131). Sykepleiere forklarte dette slik: «... some of the long-term people can't speak anymore then you are relying more on whether they grimace or whether they moan, look comfortable ...» (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 133). I likhet med studiet til Monroe et al. (2015) hevdet respondenter at mål med smertelindring ble oppnådd hvis pasienten var tilbake til sin vanlige atferd (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 134).

Lundin & Godskesen avdekket at sykepleierne konsentrerte seg på vurdering av verbale uttrykk som stønning eller rop, og nonverbale tegn som engstelig atferd (ikke definert nærmere i studiet) og ansiktsuttrykk når pasienten kunne ikke beskrive smerte med ord:

When they cannot express if they are in pain nor grade their pain, then it is about me and my ability to assess their expressions, to look at face expressions and body language, movements... (2021, s. 4)

Deltakere av studiet til Karlsson, Bravell, Ek & Bergh (2015, s. 194) brukte flere strategier for smertevurdering. Den første var å forsøke å spørre pasienten å beskrive smerte. Hvis dette ikke var mulig, vurderte de pasientens kroppsbevegelser og reaksjoner: «You must try to observe their expressed body movements ... to see if they can move properly» (Karlsson et al., 2015, s. 195). Videre observerte deltakere endringer i atferd: «They can react to pain with aggression. It's a rather common reaction», «You can observe their movements ... if they back off or withdraw or even shout or swear» (Karlsson et al., 2015, s. 195). Studiet fant ut at noen av deltakere ble opptatt av at smerteindikatorer kunne være uttrykk for enten fysisk eller eksistensiell smerte (Karlsson et al., 2015, s. 195).

4.1.2 Smertekartleggingsverktøy

Alle studiene nevner bruk av smertekartleggingsverktøy som en del av vurderingen. I studiet til Monroe et al. (2015, s. 5) ble bruk av smerteskalaer nevnt i resultater, men uten mer detaljert beskrivelse om hvilke skalaer som ble brukt eller bruksfrekvens.

Sykepleierne i studiet til Lindenskov og Bjørk (2015, s. 204) brukte *Numeric Rating Scale (NRS)* for smertekartlegging hos pasienter med evne til talespråk, men skalaen ble ikke tatt i bruk for pasienter uten talespråk, fordi respondentene vurderte den utilstrekkelig for formålet. Deltakere fortalte at de var ikke kjent med et kartleggingsverktøy tjenlig for bruk for pasienter uten adekvat språkevne: «... ansiktskalaen nytter ikke hos pasienter som ikke kommuniserer» (Lindenskov & Bjørk, 2015, s. 204).

Studiet til Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013, s. 136) fant ut at de eneste smertekartleggingsverktøy respondentene brukte var *Numeric Pain Intensity Scale* og *Faces Pain Scale*. Disse to kartleggingsverktøy er presentert i vedlegg 6.

De fleste sykepleierne i studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 4) brukte *Abbey Pain Scale* kartleggingsverktøy, mens noen av sykepleierne brukte ingen smertekartleggingsverktøy. De argumenterte dette ved å si at tilgjengelige smertekartleggingsverktøy, inkludert *Abbey Pain Scale*, ikke egnet seg til bruk for pasienter med demens uten talespråk, eller at det fantes ingen klare retningslinjer for bruk av smerteskalaer (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). *Abbey Pain Scale* er presentert i vedlegg 4.

Studiet til Karlsson et al. (2015, s. 195) identifiserte at sykepleierne brukte *visual analogue scale (VAS)* som instrumental kartlegging av smerte. På tross av dette, ble *VAS* av og til vurdert som ikke egnet for smertekartlegging hos pasienter med demens: «Using the VAS can be difficult. The care recipients don't understand how to use it and can't say what pain was like previously» (Karlsson et al., 2015, s. 195).

4.1.3 Fysiologiske tegn på smerte

Respondenter av to studier så på høyt blodtrykk som en smerteindikator. En sykepleier i studie til Monroe et al. (2015, s. 5) fortalte: «...Yeah, lots of times you'll see increase in blood pressure....».

Sykepleierne i studiet til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 203) la særlig vekt på endringer i fysiologiske parametere når de smertevurderte pasienter. I tillegg til økt blodtrykk, pekte sykepleierne på sammenheng mellom smerte, forhøyet blodtrykk, hurtig respirasjon og rask puls. Til tross for dette, var denne vurderingen vanskelig for sykepleierne, fordi pasientene selv kunne ikke bekrefte smerte ved forandringer i målingene. Noen sykepleiere var skeptiske til at forandringene i fysiologiske parametere alene kunne være tilstrekkelig i smertevurdering. De mente at observasjon av fysiologiske parametere måtte komplementeres med observasjon av smerteatferd (Lindenskov og Bjørk, 2016, s. 203).

I studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 4) fortalte en sykepleier om analyseprosessen ved smertevurdering: «... pallor or cold sweat and physical signs ... you need to understand if it is about pain or if it is about anxiety or if it is a combination».

4.2 Relasjoner

Respondentene i fire av fem studier vektla relasjon og kjennskap til både pasient og pasientens pårørende som en viktig del av vellykket smertekartlegging. Studiet til Monroe et al. (2015, s. 4) avdekket at å bli kjent med pasienten, få informasjon om pasienten fra pårørende og pasientjournalen, var en del av en kompleks og sammensatt smertevurderings prosess og en av de avklarende faktorene. Prosessen ble vurdert som tidskrevende. En respondent beskrev dette slik:

So the first thing you should do [when you admit a resident] is just to make sure that they're comfortable It's gonna take you at least a couple of weeks to get to know that resident through the diagnosis, through their history, through anything you could get from family members. And you begin putting that together with everything you do. (Monroe et al., 2015, s. 4)

Og igjen: «... if I've been here six years and I know this lady's baseline, I'm going to see and look at her differently than a nurse coming in from ... a staffing agency» (Monroe et al., 2015, s. 5).

Studiet til Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013, s. 134) viste at sykepleierne vurderte at god kjennskap til pasienten gjorde det lettere å avdekke smerte som uttrykket seg i form av øvrige atferdsendringer (agitasjon, engstelighet og tilbaketrekning): «Building a trustful relationship with the staff is very important for [pain] management». Hvis sykepleierne kjente til pasienten i lang tid og visste at han eller hun hadde før ofte bedt om smertestillende uten tydelig å ha smerte, kunne det føre til ytterligere smertekartlegging og forsinkelse i smertebehandlingen: «I'm not gonna run down there and give them that pain pill, they can wait [I] may be a little slower» (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 133).

Resultater av studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 3) avdekket tre utfordringer: kommunikative, relasjonelle og organisatoriske utfordringer. Kommunikative utfordringer inkluderte, blant annet, mangel på god kjennskap til pasienter med avansert grad av demens:

It felt tough because I didn't know her from before...I couldn't know if she had behaved like this before and that made it difficult. It helps so much if you have been taking care of the person for a while. (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4)

Noen av sykepleiere vurderte pårørende som en viktig ressurs i smertekartlegging, fordi familien var kjent med pasientens livshistorie og tidligere respons på smerteopplevelser, noe som sykepleiere manglet. En av respondentene fortalte:

Normally our families are children that've been there the entire lives of the patient. So, momma may've had a fall at, you know, 35 and broke her hip, or knee, or something, and it's of course not going to be on our records because she did it 50 years ago. (Monroe et al., 2015, s. 5)

En annen respondent beskrev en situasjon når pasientens barnebarn ga beskjed til sykepleiere med en gang når hun merket tegn på smerte hos sin bestemor, selv om studiet ikke beskrevet hvilke tegn det handlet om (Lundin & Godskesen, 2021, s. 2).

Utfordringer i samhandling med pårørende handlet om administrering av smertestillende. Noen av de pårørende ønsket at pasienten skulle få mye analgetika og bli godt smertelindret: «Relatives often want the person to receive a lot of analgesics; of course, they don't want them

to suffer ...» (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5). Morphine injeksjon kunne bli gitt for å tilfredstille pasientens familie: «... sometimes you give an injection maybe more for the sake of calming down the relatives a little ...» (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5). I andre tilfeller ønsket pårørende at sykepleierne skulle administrere så lite analgetika som mulig, på grunn av bekymringer om at pasienten kunne dø eller bli avhengig av smertestillende (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5). En respondent i studiet til Monroe et al. (2015, s. 6) beskrev dilemmaet slik: «[The family] wanted them to be awake but not hurting, but you couldn't have both».

Studiet til Karlsson et al. (2015, s. 194) viste at respondentene vurderte kjennskap til pasienten, pasientens livshistorie og sykehistorie som viktige elementer i smertevurderingen: «... what has happened in the past, previous diseases and things like that. This information is of great value when we make our assessments».

4.3 Kunnskaper

Klinisk sykepleiekompetanse, inkludert erfaring i arbeidet med pasienter med demens, intuisjon og faglig skjønn ble vurdert viktig i smertekartlegging i tre av fem studier.

Studiet til Monroe et al. (2015, s. 5) avdekket at respondentene stolte på sitt faglige skjønn under observasjon av pasientens smerteatferd: «... lots of times you'll see increase in blood pressure ... other times, you'll just see the facial grimacing, or the guarding of the body You just have to use your best nursing judgement». En annen respondent legger vekt på erfaringen:

... new nurses ... have extreme difficulty in giving [morphine sulfate] to somebody who is not verbalizing pain or appearing to be in pain it's difficult to get them to understand that our goal is to keep them pain free and not have them get in pain. It's an experience thing. (Monroe et al., 2015, s. 6)

Sykepleierne i studiet til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 204) mente at kunnskap samt erfaringskompetanse var et godt utgangspunkt for å håndtere arbeid med pasienter på best mulig måte. Respondentene fremhevet kunnskap om fysiologiske årsaker til stressrespons, virkninger og bivirkninger av smertelindrende behandling, erfaring fra lignende situasjoner og intuisjon. En av sykepleierne sa:

Kosesykepleie hjelper ikke mot smerte, men det er omsorg å ha kunnskap om smerte. Kunnskap om medikamenter og virkning, ulike alternativer, og at vi snakker sammen om etikk og det medisinske. Hva som er viktig vurdering av pasienten blir en magefølelse og mye erfaring. (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 204)

Studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 5-6) visste at tidspress og kompetanse var en organisatorisk utfordring for sykepleierne. Sykepleierne framhevet profesjonell kompetanse, kjennskap til palliativ omsorg, barmhjertighet og faglig skjønn som viktige elementer i smertevurdering:

I have seen that persons with dementia can be more or less calm according to which staff are working ... If there are anxious staff working, so to speak, if they talk loud ... then the person with dementia can also become worried and experience more pain ... Meeting people with dementia is an art that is so important – to calm them and treat them with respect. (Lundin og Godskesen, 2021, s. 6)

Det samme studiet viste at noen sykepleiere brukte intuisjon i smertevurderingen framfor smertekartleggingsverktøy, som ble vurdert ikke egnet for smertevurdering av pasienter med demens og uten talespråk (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4).

Respondentene sine svar peker på at det ble brukte forskjellige strategier for smertevurdering av pasienter. Likevel, funnet som går igjen er at sykepleierne var svært usikre på pasientenes smerteopplevelse. En respondent i studiet til Monroe et al. (2015, s. 4) sa: «We don't really know for sure all the time». En sykepleier i studiet til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 205) fortalte: «... smerte er subjektivt, og vi får jo ikke svar fra pasientene. Vi vet aldri om vi har klart å smertelindre dem ordentlig».

5 DISKUSJON

Kapittelet består av to deler: «Metodediskusjon» og «Resultatdiskusjon». I «Metodediskusjon» drøftes først om litteraturbasert studie som metode var passelig for oppgavens hensikt. Valg av artikler brukt i oppgaven og artiklenes analyse blir vurdert. Videre diskuteres grundighet, gyldighet og holdbarhet av metoder anvendt i studiene. I «Resultatdiskusjon» blir hovedfunn drøftet i lys av min forståelse av valgt teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Litteraturbasert studie som metode

Litteraturoversikt handler om å studere kunnskapen som allerede finnes på et bestemt område (Friberg, 2017, s. 141). Ved å gjennomføre studien, har jeg fått mulighet til å undersøke hva som forskes på i smertekartlegging av pasienter med demens. Integrativ oversikt som metode er hensiktsmessig for bacheloroppgave, fordi denne metoden gir studenter mulighet til å forberede seg til eventuell empirisk forskning. Tid til rådighet for oppgaveskriving ville trolig ha satt hindrer til empirisk forskning. Det hadde vært vanskelig å få til et bredt utvalg av respondenter og utforme gode intervju spørsmål, noe som begrenser studiets troverdighet og gyldighet. Samtidig ville forskning i feltet vært en spennende mulighet til å samle opp materiale.

5.1.2 Vurdering av artikler

Valg av artikler ble utført på bakgrunn av materiale i pensumboka *Dags för uppsats* (Friberg, 2017) samt veiledningshefte for oppgaveskriving (Harbin, 2020). Kriteriene for valg ble beskrevet i oppgavens metodekapittel, og er geografi, tidsperiode, språk, dokumenttype og om artikkelen er vitenskapelig eller ei. Alle artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter og er *peer reviewed*. Dette har vært redegjort for i metodekapittelet. Forskingen fant sted i vestlige land som USA og Norge og Sverige. Alle tre land har godt utviklet økonomi, men USA sin helsepolitikk er annerledes enn i skandinaviske land. Helsevesenet i USA er i stor grad privat finansiert og administrert (Helsereform i USA, 2021, avsnitt 2). Samtidig har USA internasjonalt anerkjent ledende stilling i mange forskningsområder (Skoie, 2021, avsnitt 11).

Norge og Sverige har ganske lik helse- og sosialpolitikk, noe som gjør forskning i disse land anvendbar for hverandre.

Forskning i samtlige artikler ble utført de siste ti årene. Studiet til Lundin og Godskesen (2021) var den nyeste studie, med intervju gjennomført i 2018. Studiet til Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013) var det eldste studiet. Tidsavgrensning er viktig fordi det kommer stadig ny forskning, og kunnskapen kan forandres eller oppdateres. Artikler av eldre dato som, etter min mening, passet godt til å besvare oppgavens hensikt ble også undersøkt. Disse ble dog valgt bort fordi det finnes forskning av nyere dato. De eldre artiklene kunne blitt valgt likevel ved å begrunne at funnene fortsatt var aktuelle for anvendelse i praksis og var sammenlignbare med nyere funn. Dette har jeg ikke gjort.

Fire av artiklene er skrevet på engelsk. Artikkelen til Lindenskov og Bjørk (2016) er skrevet på norsk med engelsk sammendrag. Dette kan ses på som en svakhet både for valg av artikkelen og for forskningen selv, fordi artikkelen kan bli vanskelig å finne i engelskspråklige databaser for sykepleie. Ved søk i september 2021, kom artikkelen ikke opp i CINAHL, for eksempel, verken når søk ble utført med utvalgte søkeord eller når det ble søkt spesifikk med artikkelens tittel. Derfor uteblir interessant forskning for det internasjonale forskningssamfunnet.

Videre ble det funnet studier med sammenlignbar forskningsarena. Tre studier hadde sykehjem som forskningsarena. Undersøkelsen til Lindenskov og Bjørk (2016) foregikk på postoperative avdelinger, mens Karlsson et al. (2015) forsket på hjemmesykepleien. De to artiklene ble inkludert, fordi sykepleiere møter pasienter med demens uten språkevne i både primær- og spesialisthelsetjenesten, både på en institusjon og i pasientens hjem.

Internett og relevante akademiske databaser ble brukt for å finne informasjon om forskernes bakgrunn. De fleste var utdannet som sykepleiere og hadde erfaring i forskning på en av disse fagområdene: smerte hos eldre, geriatri, gerontologi, etikk og praktiske ferdigheter i sykepleie, har doktor- eller mastergrad i sykepleie og publiserte flere vitenskapelige artikler. Medforfatter av studiet til Lindenskov og Bjørk (2016) jobber som universitetslektor og er utdannet sykepleier, men har til nå publisert kun én vitenskapelig artikkel, som ble utvalgt for denne oppgaven. Derimot, hadde den andre medforfatteren omfattende erfaring i forskning i geriatri,

og jeg vurderte det slik at forfatterens samtlige kompetanse kunne garantere forskning sin kvalitet.

5.1.3 Vurdering av analyse av artikler

Arbeidet med å analysere data fra studiene var omfattende og er beskrevet i metodekapittelet. Samtidig kom studienes hovedfunn fram på en tydelig måte og det var lett å kategorisere dem i underkategorier. Den meste tidkrevende fasen i arbeidet var å finne abstraksjoner for hovedkategorier for å syntetisere underkategoriene sine enkelte elementer. Under arbeidet forsøkte jeg oppsummering med en tabell med underkategorier, hovedkategorier og temaer. Det visste seg å være lite hensiktsmessig fordi syntetisering av data fra hovedkategorier til tema resulterte i veldig generell oppsummering av studienes resultater. Derfor valgte jeg til slutt å syntetisere data i kun hoved- og underkategorier. Jeg vil tro at hvis andre skulle ha analysert artiklene, ville de ha kommet til de like hovedkategoriene. Dette er fordi, etter mening, at hovedfunnene i studiene kommer tydelig fram.

5.1.4 Vurdering av metoder anvendt i artiklene

Kvalitativ forskningsmetode brukt i de samtlige studiene kan vurderes som den mest hensiktsmessige metoden. Dette fordi målet med forskningen var å få fram respondentene sine oppfatninger om hva som var viktig for dem i smertekartlegging for å deretter tolke samlet data. Hvis, derimot, målet hadde vært å studere forekomsten av hendelser, eksempelvis, hvor ofte sykepleierne bruker smertekartleggingsverktøy, hadde kvantitativ metode vært mer egnet.

Metode for samling av data var intervjuer i alle undersøkelsene. To av studiene valgte fokusgrupper, eller gruppeintervju, som metode. Ifølge Lindenskov & Bjørk (2016, s.201) er fokusintervju godt egnet for diskusjon mellom respondentene, samtidig at det kan føre til flere refleksjoner enn et en-to-en intervju. Derfor kan dette bli vurdert som en styrke til disse undersøkelsene. I de andre tre studiene ble det gjennomført semi-strukturerte intervjuer, selv om Monroe et al. (2015, s. 7) peker på at fokusgrupper er mer egnet for utforskning og forståelse av erfaringer. Etter min mening, var de anvendte metodene egnet for studienes formål. Dette fordi både forståelse av smerte og respondentenes forståelse av egen erfaring er subjektiv og kan bli utfordrende å systematisere med et spørreskjema.

Jeg vurderte videre studienes utvalgsstrategi. Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (2009, i Utvalgsstrategi) påpeker at i kvalitative studier blir det viktigere å inkludere få respondenter som kan bidra med relevant data, enn å ha mange som ikke bidrar med nye kunnskap, og respondentenes erfaringer skal trolig påvirke funnene. Jeg mener at studienes utvalgsstrategier samsvarte med denne påstanden. For det første, varierte antall respondenter fra ni til 29. Utvalget var totalt sett representativt og breidd. Dette fordi krav til respondentenes erfaring i pleie og smertevurdering av pasienter med demens var stilt til ett eller to år i tre av studiene. Studiet til Gilmore-Bykovskyi og Bowers (2013, s.128) hadde erfaring i pleie og omsorg til pasienter med demens som krav til deltakelse, uten å spesifisere hvor lang erfaring. Studiet til Monroe et al. (2015, s.3) beskriver sykepleierens ansvar for smertekartlegging og behandling som krav til deltakelse. Sykepleiere med erfaring i smertekartlegging kan komme med både rikere data fra forskjellige pleiesituasjoner, samt skape nyttige og nye refleksjoner rundt problematikken. Dette kan være spesielt sannsynlig ved fokusgrupper, når deltakere blir gjensidig stimulert til refleksjoner gjennom diskusjoner med kollegaer.

I studiet til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 201) var fire av ni respondenter tidligere kollegaer av en medforfatter. Forskeren kunne ha vært påvirket av sin egen tolkning av respondentenes svar på grunn av lang kjennskap til respondentene. På en annen side, var dette valget begrunnet i utvalgsstrategi ved at tidligere kollegaer ble rekruttert for å bidra til bredere utvalg av respondenter. Dette valget ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 202).

5.1.5 Etiske overveielser i studiene

Forskningsetikk ble ivaretatt i alle studiene. Dette er fordi tre av studiene ble innvilget godkjennelse av én etisk komité, og to av studiene ba ikke om etisk komite sin godkjennelse, fordi respondentene ikke ble identifisert på noen måte og fordi forskningen ikke hadde noen reell fare for de vedkommende. Til tross for at det ikke fantes informasjon om informert samtykke fra respondentene i et av studiene (Monroe et al., 2013), vurderte jeg det slik at respondentenes rettigheter ble ivaretatt, fordi dette studiet trengte kun informasjon om respondentene var sykepleiere eller *licensed practical nurses*, samt at deltakelse var frivillig.

En kvantitativ studie samsvarte med oppgavens hensikt, men ble valgt bort. Dette fordi jeg vurderte studiens metode som ikke etisk forsvarlig. Metoden innebar at personer med mild og moderat demens samt uten demens ble stimulert med smertefullt trykk på fem kilo på overarmen (Kunz, Scharmann, Hemmeter, Schepelmann & Lautenbacher, referert i Lautenbacher, Walz & Kunz, 2018, s. 3). Personenes ansiktsuttrykk ble filmet mens de ble trykkstimulert. Videre skulle sykepleiere beskrive pasientens ansiktsuttrykk ved bruk av et utvalg av smerteindikatorer. Metoden var godkjent av en etisk komite. Deltakere med demens fikk informasjon om metoden, gjennomgått med et enkelt språk, og alle deltakere ga skriftlig samtykke. Etter min vurdering, er metoden ikke etisk forsvarlig. Dette fordi det er mulighet for at deltakere av studiet ikke forstod informasjonen som var gitt godt nok. Derfor blir forutsetningen for at metoden skulle bli vurdert etisk forsvarlig borte (Molven, 2016, s. 221). En annen metodens svakhet kan være at opplysningene gitt til deltakere med demens ikke kom frem noe sted.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette underkapittelet skal jeg forsøke å vise at studienes funn kan underbygges med materiale fra oppgavens teorikapittel. Det skal også drøftes betydningen av resultater for sykepleiepraksis.

5.2.1 *Smerteatferd, nonverbal kommunikasjon og observasjon av pasienter*

Viktigheten av observasjon av smerteatferd er et av nøkkelfunnene i denne litteraturoversikten. Respondentene i alle studiene pekte på at forandringene i pasientens vanlige atferd er en troverdig smerteindikator. Når pasientene ikke kunne svare på spørsmål om egen smerte, var vurderingen av pasientens atferd det neste steget i smertekartleggingsprosessen for sykepleierne i studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 4). Dette funnet er felles med resultatene til Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013, s. 130-131). Dette tyder på at respondentenes nivå av sikkerhet i oppfatningen av pasientenes smerte var høyest ved pasientenes forandringer av deres vanlige atferd. Det synes å være ikke overraskende at respondentene stolte på observasjon av pasientens kroppsbevegelser, ansiktsuttrykk og humørforandringer. Dette fordi smerteatferd har flere

fellestrekk med nonverbal kommunikasjon og de to er nært forbundet. Stor del av nonverbale uttrykk viser seg spontant og kan formidle mer enn ord (Eide & Eide, 2017, s. 135).

Pasientenes uttrykk for smerte gjennom atferd kan ses i lys av Nightingales forfatterskap. Hun definerer pasientenes temperament som enten hissig eller *kumulativt* (Nightingale, 1997, s. 157). Denne definisjonen stemmer overens med funn fra studiet til Lindenskov og Bjørk (2015, s. 203), når sykepleierne beskriver smerteatferd som «den stille smerten» eller «den urolige aggressive smerten». «Den urolige aggressive smerten» kan sammenlignes med hissig temperament, når pasienten oppfattes som veldig engstelig, men roer seg ned, mens «den stille smerten» kan ha fellestrekk med kumulativt temperament, når pasienten ikke gir uttrykk for smerte, men etter hvert blir dårligere.

En oppfatning av pasienter med avansert demens kan være at de kan sammenlignes med nyfødte barn. Begge viser følelsene og smerte spontant med nonverbal kommunikasjon, selv om det er på grunn av forskjellige årsaker. Avansert demens kjennetegnes av tap av kognitiv funksjon og talespråk, mens babyer enda ikke har utviklet fullt sin kognitive funksjon. Konklusjonen av denne refleksjonen er at studienes resultat av en sykepleierens bedømmelse av smerte, basert på atferd, kan bidra til bedre klinisk sykepleiepraksis med flere pasientgrupper. For eksempel; nyfødte barn eller pasienter med utviklingshemning og uten talespråk.

Betydningen av observasjonen ble framhevet av Florence Nightingale, som verdsatte observasjonsevne som det viktigste for sykepleieutøvelse (1997, s. 154). Nightingale mente at sykepleiere burde lære *sykdomsfysiognomi*. Forfatteren (1997, s. 158) erkjente at ansiktsuttrykk kan være annerledes ved forskjellige sykdommer, men samtidig skriver hun at ansiktet er en kroppsdel som er av minst betydning for vurdering av personens helse, fordi det påvirkes lite av helserelaterte faktorer. Derfor er observasjon av en hånds farge og blodsirkulasjon mer pålitelig for vurdering av pasientens tilstand (Nightingale, 1997, s. 158). Dette er imidlertid i strid med resultatene av artikler. Både studienes funn (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013, s. 131; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Monroe et al., 2015, s. 5; Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 203), øvrige forskning (Warden, Hurley & Volicer, referert i Achterberg et al., 2020, s. 3) og AGS sin veileder for kriterier for smerteatferd (2002, s. 211) viser til at observasjon av pasientenes ansiktsuttrykk er viktig for vurdering av smerte hos pasienter. Flere sykdommer hvor mennesker mister talespråk, eksempelvis demenssykdommer, førte til utvikling av

forskning om smerteatferd, inkludert observasjon av ansiktsuttrykk. Dette skjedde etter Nightingale sin tid, og kan være en grunn til Nightingale sin tenking.

Utfordringen ved observasjon av smerteatferd er knyttet til at både smerteatferd og APSD kan uttrykkes på likt vis. Eksempler på slik atferd kan være depresjon, aggresjon, angst eller likegyldighet (Skovdal & Berentsen, 2014, s. 417). Samtidig viser forskning at APSD kan være provosert av smerte (Corbett et al., referert i Achterberg et al., 2013, s. 1472). På den ene siden, kan det føre til overmedisinering, hvis sykepleiere vurderer aggressiv atferd som eneste uttrykk for smerte. På en annen side, bør det huskes at smerte kan være årsak til aggresjon eller apati.

5.2.2 Smertekartleggingsverktøy

Smertekartleggingsverktøy for pasienter med demens uten talespråk er basert på observasjon av pasientenes atferd. Fire av fem studier viser at respondentene brukte kartleggingsverktøy i smertevurdering, samtidig at respondentene savner skala tilpasset til bruk for pasienter uten talespråk (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Karlsson et al., 2015, s. 195). Dette kan bli et dilemma, fordi når sykepleierne bruker kartleggingsverktøy som de vet ikke er gunstig for formålet, blir kartlegging muligens utført uten stort engasjement og halvhjertet. Samtidig hvis ikke smertekartleggingsverktøy blir brukt i det hele tatt, blir muligheten borte å fange opp pasientenes eventuelle smerte, fordi forskning peker på at forsøk på bruk av smertekartleggingsverktøy forbedrer sykepleierens praksis i smertevurdering (Rostad et al., referert i Achterberg et al., 2020, s. 3).

Skal det utføres helhetlig smertevurdering av pasienten, bør smertekartleggingsverktøy bli inkludert i sykepleierens rutiner for smertevurdering. Dette kan føre til høyere forekomst av oppdagelse av eventuelle smerter, skaper mer forutsigbare og trygge rammer for arbeid, samt hjelper med å styrke sykepleierens følelse av mestring. Funnene kan også tyde på at sykepleierne mangler kunnskap om tilgjengelige smertekartleggingsverktøy eller vurderer de som utilstrekkelige (Lindenskov & Bjørk, 2015, s. 204; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 136; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4, 6).

5.2.3 Fysiologiske tegn på smerte

Respondentene i noen av studiene (Monroe et al., 2015, s. 5; Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 203; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4) ser på endringer i fysiologiske parametere som blodtrykk eller puls som en av smerteindikatorer. Dette er i strid med forskning som viser at blodtrykk og puls er usikre indikatorer på smerte. Dette fordi disse parametere kan påvirkes av andre stressfaktorer som ukjente omgivelser, smertefulle sykepleieprosedyrer eller engstelighet (Bjørknes & Rustøen, Arbour & Gelinas, Jacobi et al., referert i Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 206). Funnet er viktig for sykepleiepraksis fordi det framhever forskjellige oppfatninger sykepleiere har om smerteindikatorer. Konklusjonen er at fysiologiske tegn ikke er en sikker smerteindikator og bør kombineres med andre elementer i smertekartlegging. Samtidig bør de ikke undervurderes heller, spesielt når pasienten ikke presenterer andre tegn på smerteatferd.

5.2.4 Relasjoner

Studiens respondenter var bevisste på at kjennskap til pasientens livshistorie og vanlige atferd var et godt utgangspunkt for å vurdere eventuelle forandringene og for å oppdage smerte (Monroe et al., 2015, s. 4-5; Karlsson et al., 2015, s. 194). Hvis sykepleieren ikke kjenner pasienten, kan dette føre til at små nyanser i pasientens adferdsforandringer ikke blir lagt merke til, noe som Nightingale definerer som manglende *enkel* observasjon (Nightingale, 1997, s. 150). Dette kan resultere i forlenget lidelse hos pasienten samt sykepleierens følelse av maktesløshet og følelse av å ikke mestre.

Studiet til Lindenskov og Bjørk (2016) var det eneste hvor sykepleierne ikke vurderte god relasjon og kjennskap til pasienten som et viktig element i smertevurderingen. Grunnen kan være at det er vanskelig å få god kjennskap til pasientens livshistorie på operativ avdeling, fordi pasienten blir på avdelingen kun i kort tid. Jeg vil tro at studienes respondenter likevel ble opptatt av å finne ut om pasientene hadde det bra etter utskrivelse. Sykepleierne forklarte at tiltakene utført på postoperativ avdeling hadde betydning for videre postoperativ forløp på avdelingene. Derfor ringte sykepleierne til avdelingene for å finne ut hvordan pasientene hadde det (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.205). Dette kan forstås i lys av Martinsens omsorgsteori, når mennesker er preget av gjensidig avhengighet (2003a, s. 14-15). I dette eksempelet kan det tenkes at pasientene blir helt avhengige av sykepleierens handlinger i smertevurdering, mens

sykepleierne blir knyttet til pasientene i egen forpliktelse til å lindre deres smerter. Etter min mening, skal det oppleves for sykepleierne som positivt å vite at de har bidratt til bedre livskvalitet for pasientene.

Pasienter med demens kan ses på som de svake av vårt samfunn på grunn av store pleiebehov og tapt kognitiv og fysisk funksjon. Når det ytes sykepleie til denne pasientgruppen, forventes det ikke at pasienten verken gjenvinner sin funksjon eller holder den ved like. På grunn av sykdommens art, blir pasienten stadig dårligere. Derfor sykepleie til pasienten med demens skal handle mest om å gi best mulig livskvalitet og smertefri tilstedeværelse til pasientene eller vedlikeholdsomsorg, ifølge Martinsons omsorgsfilosofi.

Organisatoriske utfordringer gjør det av og til nødvendig å leie inn personellet. I disse tilfeller, kan det være til hjelp informasjon om pasientens livshistorie, sykehistorikk og tidligere erfaringer med smerter, som er registrert i pasientens elektroniske journal. Denne type informasjon kan hentes fra pasientens pårørende. Respondentene i de fleste studiene beskriver at pårørende er en viktig kilde til informasjon om pasienten, også når det gjelder identifisering av smerter (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5; Monroe et al., 2015, s. 4). Samtidig framsto samhandling med pasientens pårørende som en relasjonell utfordring. Dette pleide å komme spesielt til uttrykk i situasjoner ved administrering av smertestillende (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5; Monroe et al., 2015, s. 6). Resultatene peker på et dilemma, hvor pårørende ønsket at pasienten blir godt smertelindret, men samtidig var bekymret for bivirkninger. Grunnen til dette kan være mangelfull informasjon om smertelindrende behandling. Dette kan skyldes at sykepleierne ikke gir relevante opplysninger til pårørende om legemidlenes egenskaper, eller at informasjonen blir gitt på et faglig språk, som pårørende ikke forstår.

5.2.5 Kunnskaper

Studiene til Monroe et al. (2015), Lindenskov og Bjørk (2016) og Lundin og Godskesen (2021) peker på sykepleierens kunnskaper som et viktig ledd i smertevurderingen. Disse er; erfaring, intuisjon og faglig skjønn.

Erfaring er en del av sykepleierens kliniske kompetanse og opparbeides ved tid, refleksjoner rundt handlinger både ved seg selv og kollegaer, i tillegg til å tilstrebe selvutvikling som et

menneske og fagperson. Erfaring fra lignende sykepleiesituasjoner og relevante teoretiske kunnskaper kan hjelpe ved smertevurdering. Forskningen til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 204) viste at sykepleierne på postoperativ avdeling la vekt på både tidligere erfaring i smertevurdering, teoretisk kunnskap om legemidler ved anestesi, fysiologiske forhold som kan utløse smerte, samt fagutvikling. Behovet kan begrunnes med at disse kunnskapene kan forebygge postoperative komplikasjoner og unødvendig lidelse for pasienten.

Sykepleiere utfører handlinger i betydelig grad intuitivt (Kristoffersen, 2016, s. 165). Noen av sykepleierne i studiet til Lundin og Godskesen (2021, s. 4) brukte intuisjon som grunnlaget for smertevurdering av pasienter. Dette kan ses i lys av Martinsens omsorgsteori, når hun hevder at man skal forholde seg til moralske normer med «...en sansende tilstedeværelse» (Martinsen, 2012, s. 76). En kan sammenligne bruk av smertekarleggingsverktøy med moralske normer. Dette fordi smerteskala eller smerteskjema bør brukes for helhetlig smertevurdering (Herr et al., 2019, s. 412). Samtidig bør en sykepleier stole på egen magefølelse, bli sansende til stede, for deretter å vurdere grundig om det er smerteskala eller intuisjon som er nærmere sannheten. Sett i lys av Martinsens filosofi, kan denne moralen omtales som kvinnelig, intuitiv og situasjonsbestemt (Martinsen, 2003a, s.19). Intuisjon alene bør ikke være det eneste grunnlaget for smertevurdering hos pasienter med demens, fordi det finnes empirisk forskning og retningslinjer om både smerteatferd og andre elementer som inngår i helhetlig smertevurdering.

Faglig skjønn ble nevnt i studiene som viktig element i en smertevurdering (Monroe et al., 2015, s. 5; Lundin & Godskesen, 2021, s. 5-6). Faglig skjønn skapes på lik måte som erfaring; gjennom refleksjoner, langt arbeidsliv, kompetanseutvikling og fantasi. Skal en sykepleier finne ut om pasienten har smerter, bør man være kreativ. Evne til å være oppfinnsom hører til godt faglig skjønn og riktig handling (Martinsen, 2003b, s. 91). Når respondentene forteller at de bruker prøv-og-feil metode (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013, s. 134; Monroe et al., 2015, s. 6) for å finne ut om pasienten har smerte, kan det vurderes som bruk av faglig skjønn. Metoden innebærer forsøk på forskjellige handlinger for å returnere pasienten til hans eller hennes vanlige atferd.

Resultatet om bruk av klinisk sykepleiekompetanse eller kunnskaper er ikke uventet. Intuisjon og skjønn er menneskets spontane reaksjoner og handlinger til en situasjon, og dermed et

produkt av ikke-kritisk tenking. Derfor kan ikke dette funnet anvendes i praksis like lett som kunnskap om smerteatferd og smertekartleggingsverktøy.

6 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Dette litteraturbaserte studiet viste at sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten har lik formening om hvilke elementer som er viktige for å identifisere smerte hos pasienter med demens uten talespråk. Selv om resultatene er et produkt av kvalitative studier og formidler sykepleiernes subjektive oppfatninger av problematikken, kan funnene bli anvendt i praksis.

Kunnskaper i smertevurdering hos pasienter med demens som ikke kan beskrive smerte med ord, er relevante for sykepleieutdanningen. Derfor bør undervisningen til sykepleiestudenter om smertevurdering hos pasienter med og uten talespråk, bli gjennomført før praksis på et sykehjem, der de aller fleste sykepleiestudenter skal møte pasienter med demens. På den måten skapes forutsetninger for både øvelser i smertevurderingen og bidrag til bedre livskvalitet hos pasientene.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019, 1.3,1.4) slår fast at sykepleiere er ansvarlige for faglig oppdatering i fagområdet de jobber i, samt å gi bidrag til anvendelse av kunnskapen i praksis. Faglig oppdatering i smertevurdering kan gjennomføres gjennom kurs eller undervisningsaktiviteter tilknyttet tema, som fagdager eller faglunsj (Helsedirektoratet, 2021, i Tiltak for å utvikle avansert klinisk sykepleiekompetanse).

Funnene peker på at sykepleiere vurderte observasjon av smerteatferd som et viktig element under en smertevurdering. Simulering av smertevurdering kan være en måte å trene observasjon av smerte på, forbedre kunnskaper i smertevurdering og skape mulighet for refleksjon over egen praksis. Simuleringen kan bli brukt både i studentundervisning og som kurs i kompetanseheving for sykepleiere. En viktig forutsetning for en vellykket simulering blir deltakernes kjennskap til smertekartleggingsverktøy for pasienter uten talespråk, samt hvordan smerteatferd uttrykker seg. Gjennomføring av kurs i smertekartleggingsverktøy for pasienter uten talespråk kan bidra til formålet. Samtidig viser funnene at det er behov for videre forskning og utvikling av smertekartleggingsverktøy egnet for bruk hos pasienter med demens uten talespråk.

Det som burde bli undersøkt videre, er hvordan dokumentasjon av observasjoner påvirker smertevurdering. Systematisk dokumentasjon av sykepleierens observasjoner av pasientens smerteatferd samt eventuell informasjon fra pårørende, kan bidra til informasjonsflyt og skape

et helhetlig bilde av pasientens sykehistorie. Helsepersonell har plikt til å dokumentere «... relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen ...» (Helsepersonelloven, 1999, § 40, ledd 1). Når relevant informasjon er registrert i pasientens journal blir den tilgjengelig for både faste ansatte og vikarer. På den måte skapes gode forutsetninger for at også vikarer har informasjon om pasientens vanlige atferd og blir i stand til å observere pasientens eventuelle atferdsforandringer.

Pasientens pårørende bør få relevant informasjon om smertelindrende behandling. Informasjonen bør gis på et enkelt og forståelig språk. Det vil si uten bruk av vanskelige faglige begreper. Dette kan forhindre at pasienten blir administrert for lite eller for mye analgetika. Samtidig kan dette skape mer åpne og likestilte relasjoner mellom sykepleiere og pårørende.

LITTERATURLISTE

- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. & Lowcay, B. (2004). [Figur 1] The interconnectedness of the themes. *International journal of palliative nursing*, 10(1), 6–13. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A. & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *PAIN Reports*, 5(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A. & Herr, K. (2020). [Tabell 1] Survey of the most frequently used observational scales according to Zwakhalen et al. (2017; modified form). *PAIN Reports*, 5(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A.H., de Waal, M.W.M., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., . . . Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471-1482. <https://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.2147/CIA.S36739>
- American Geriatrics Society. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons: AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(S6), 205-224. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x>
- American Geriatrics Society. (u.å). About us. Hentet 26.10.21 fra <https://www.americangeriatrics.org/about-us>
- Bieri, D., Reeve, R., Champion, G. D., Addicoat, L. & Ziegler, J. (1990). [Figur 6] Faces Pain Scale. *Pain*, 41, 139-150. Hentet 21.10.21 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/#download>
- Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og- behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Bjæro, K. & Torvik, K. (2008). [Tabell 2] Vanlig smerteatferd hos eldre med kognitiv svikt. Smertekartlegging og- behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjæro, K. & Torvik, K. (2008). [Figur 3] Doloplus 2. Observasjonsbasert smerteskala for eldre: Oversikt over hovedområder og punkter. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahl, A. & Hille, A. (2019). Engelsk. *Store Norske Leksikon*. Hentet 17.08.21 fra: <https://snl.no/engelsk>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2009, 15. desember). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 13.10.21 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13-39). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

- Engedal, K. & Berentsen, V.D. (2016). Sykdommer, tilstander og skader som kan føre til demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 41-65). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Feldt, K.S. (2000). [Figur 2] Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21. Hentet 20.10.21 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringsskjemaer/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonale retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet 22.10.21 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 129-139). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 141-152). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 37-48). Lund: Studentlitteratur AB.
- Harbin, E. (2020). *Veiledningshefte for bacheloroppgave i sykepleie*. Upublisert e-hefte for sykepleiestudenter. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet 22.10.21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). Nasjonal faglig retningslinje for demens. Hentet 22.10.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utlpasshet-bor-vurderes-for-smerte-praktisk>

Helsedirektoratet. (2021, 14. oktober). Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov. Hentet 20.10.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 04.10.21 fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 20.10.21 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helsereform i USA. (2021, 2. september). Hentet 11.10.21, fra Wikipedia: https://no.wikipedia.org/wiki/Helsereform_i_USA#:~:text=Helsevesenet%20i%20USA%20er%20i%20hovedsak%20d

Herr, K., Coyne, P. J., Ely, E., Gélinas, C. & Manworren, R. C. B. (2019). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Clinical Practice Recommendations in Support of the ASPMN 2019 Position Statement. *Pain Management Nursing*, 20(5), 404–417. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.005>

Hicks C. L., von Baeyer C. L., Spafford P., van Korlaar I. & Goodenough B. (2001). [Figur 6]. Faces Pain Scale. *Pain*, 93, 173-183. Hentet 21.10.21 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/#download>

Husebø, B.S. (2016). Lindrende demensomsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 481-506). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe, N. R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E. (2010). [Figur 4] MOBID-2 Pain Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 380–391. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>
- Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127–138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., . . . & Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B.H., Kvelling-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hentet 08.10.21 fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
- International Association for Study of Pain. (2017, 14. desember). Terminology. Hentet 02.09.21 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Karlsson, C. E., Bravell, M.E., Ek, K. & Bergh, I. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 190–200. <https://doi.org/10.1111/opn.12072>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet 04.10.21 fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>
- Lautenbacher, S., Walz, A. L. & Kunz, M. (2018). Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0773-8>
- Lindenskov, L. & Bjørk, I. T. (2016). Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(2), 198-209. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08>
- 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(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Lyckhage, E. D. (2017). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 25-36). Lund: Studentlitteratur AB.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.
- McCaffery, M. (1968). *N-110B Clinical nursing: Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: UCLA STUDENTS' STORE.

- McCaffery, M. & Beebe, A. (1989). [Figur 5] The Numeric Pain Rating Scale Instructions. *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby. Hentet 21.10.21 fra <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/numeric-pain-rating-scale>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (u.å.). Behandling og oppfølging. Hentet 01.09.21 fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie: Samlede utgaver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Publiseringsskanaler. Hentet 20.08.21 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 04.10.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 04.10.21 fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Sampson, E. L. & Pautex, S. (2021, 15. juli). *Palliative care for the older person in pain*. Hentet 03.10.21 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/palliative-care-for-the-older-person-in-pain/>

- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjåli, J.K. (2015). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 49-58). Lund: Studentlitteratur AB.
- Skoie, H. (2021, 19. august). Vitenskap og forskning i USA. I *Store norske leksikon*. Hentet 11.10.21 fra https://snl.no/Vitenskap_og_forskning_i_USA
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smerte. (u.a.). I *Det norske akademis ordbok*. Hentet 22.10.21 fra https://naob.no/ordbok/smerte_1
- Svenskt Demenscentrum. (2020, 14. januar). Abbey Pain Scale. Hentet 09.10.2021 fra <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Abbey-Pain-Scale/>
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. utg., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur AB.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2021). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021). Hentet 22.10.21 fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>

Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing
Tidsskrift/årstall	Nordisk sygeplejeforskning (2016)
Forfattere	Lindenskov, L. & Bjørk, I. T.
Perspektiv	Sykepleiere
Problem	Pasienter med redusert evne til selvrapporing representerer en utfordring for helsepersonell ved smertelindring. I tillegg, finnes det ingen standard for vurdering av postoperativ smerte hos denne pasientgruppe.
Hensikt	Å utforske hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møter i kartlegging av postoperativ smerte og evaluering av behandling hos pasienter med redusert evne til selvrapporing: for eksempel, eldre med kognitiv svikt eller mennesker med psykisk utviklingshemning.
Metode	<p>Kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervjuer, eller gruppeintervju, med fortolkende tilnærming gjennomført i 2011. Fokusgruppeintervju som metode ble valgt for at sykepleierne kunne dele og diskutere erfaringer. Metoden er effektiv, fordi flere mennesker blir intervjuet samtidig, samt den bidrar til dynamikk og engasjement i gruppe.</p> <p>Ni erfarne sykepleiere fra totalt to sykehus med 13 år gjennomsnitt erfaring fra postoperative og intensive avdelinger ble intervjuet totalt to ganger. Inklusjonskriterium var at sykepleierne har minimum to års erfaring. Ved sykehus 2 ble fem deltakere rekruttert gjennom en kontaktperson ved postoperativ avdeling. Ved sykehus 1 var fire deltakere tidligere kollegaer av førsteforfatter ved en postoperativ avdeling ved sykehus 1.</p> <p>Semistrukturerte intervjuene ble registrert på lydbånd og gjennomført i perioden januar-februar 2011. Materiale ble gjennomlest flere ganger og deretter systematisert og abstrahert til underkategorier. Underkategorier ble til slutt gruppert i hovedtemaer.</p> <p>Studiet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.</p>
Resultater	<p>Deltakerne var enige i at den sikreste måten å kartlegge smerte på var observasjon av endringer i fysiologiske parametere og deretter å vurdere pasientens adferd. Tegn på smerteatferd var dype ansiktsfurer, økt respirasjon, aggresjon og uro.</p> <p>Ingen smertekartleggingsverktøy ble benyttet for pasienter uten evne til selvrapporing, fordi sykepleierne mente at NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>), som ellers ble brukt for pasienter som kunne beskrive smerteopplevelser med ord, var ikke tilpasset denne pasientgruppen.</p>

	<p>Kunnskap og erfaring ble vurdert som viktige for best mulig smertevurdering.</p> <p>Sykepleierne hadde behov for implementering av kartleggingsverktøy designet for pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperative avdelinger.</p>
Artikkel 2	
Tittel	Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study
Tidsskrift/årstall	International Journal of Older People Nursing (2015)
Forfattere	Karlsson, C. E., Bravell, M.E., Ek, K. & Bergh, I.
Perspektiv	Sykepleiere og helsefagarbeidere
Problem	Utilstrekkelig smertekartlegging hos pasienter med demens som bruker hjemmesykepleie fører til pasientens redusert aktivitetsnivå, muskelsvakhet og som følge, redusert livskvalitet.
Hensikt	Å utforske erfaring i smertekartlegging av pasienter med demens hos sykepleiere og helsefagarbeidere ansatte i hjemmesykepleie.
Metode	<p>Kvalitativ metode. 13 Sykepleiere og 10 helsefagarbeidere deltok i individuelle intervju med åpne spørsmål i perioden mai-april 2012. Påfølgende (<i>follow up</i>) spørsmål ble stilt for å avklare videre aspekter av smertekartlegging.</p> <p>Inklusjonskriterium var at deltakere har minimum ett års erfaring i fast stilling i hjemmesykepleie. Deltakere jobbet i totalt tre virksomheter og ble rekruttert av virksomhetsleder.</p> <p>Data ble bearbeidet ved hjelp av filosofisk- hermeneutisk tilnærming. Filosofisk hermeneutikk som metodikk har blitt brukt i sykepleieforskning for å oppnå dyp forståelse av hvordan mennesker fortolker egen realitet.</p> <p>Studiet ble godkjent av etisk komite av Universitetet i Gothenburg.</p>
Resultater	<p>Personalets kontinuitet i pleie og smertevurdering, godt samarbeid mellom sykepleiere og helsefagarbeidere samt å ha tilstrekkelig tid til smertevurdering er viktige for effektiv smertekartlegging. Brukte strategier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. undersøke bevegelsesevne og reaksjoner for å se om kroppens redusert fysisk funksjon kan være grunn til smerter 2. observere forandringer i atferd 3. forsøke å få informasjon fra pårørende om pasienten hadde smerter i fortiden og hvordan de artet seg 4. bruk av VAS (visual analogue scale). Vurdert som ikke egnet til smertevurdering av pasienter med demens. <p>Funnene tyder på mangel av systematikk og rutiner i smertekartlegging.</p>

	Deltakerne vurderte smertekartlegging som en kompleks prosess, som involverer sensoriske, kognitive, emosjonelle og atferdsmessige komponenter, og det var forståelse av pasientens atferdsforandringer som hovedsakelig styret vurderingen.
Artikkel 3	
Tittel	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia
Tidsskrift/årstall	Archives of Psychiatric Nursing (2015)
Forfattere	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C.
Perspektiv	Sykepleiere og helsefagarbeidere (<i>licensed practical nurse</i>). Min forståelse av tittelen <i>licensed practical nurse</i> er <i>helsefagarbeider</i> i norsk kontekst.
Problem	Utilstrekkelig smertelindring hos pasienter med demens, og spesielt hos de som ikke kan selv-rapportere smerte, er en av de viktigste årsakene til pasientens redusert livskvalitet og kvaliteten på pleie.
Hensikt	Å evaluere deltakernes metoder for å identifisere smerte hos pasienter med demens som bor på sykehjem.
Metode	<p>Kvalitativ tilnærming. Forskningsarena var to sykehjem med langtidsplasser. Totalt 29 deltakere ble rekruttert gjennom flyers, email eller ved muntlig budskap og hadde smertekartlegging og smertebehandling som del av arbeidsoppgaver. I hvert sykehjem ble det gjennomført to fokusgrupper. Hver fokusgruppe hadde fra fire til ti deltakere, og varte i cirka en time.</p> <p>Semi-strukturerte intervju med åpne spørsmål. Regler for intervju var, for eksempel, å ikke snakke samtidig og anonymisere pasienter. Intervjuene ble registrert på lydbånd.</p> <p>Forskere analyserte data ved å lese gjennom det flere ganger, fargekode lignende funn og gruppere funn med samme farge i underkategorier. Deretter ble underkategorier syntetisert til hovedkategorier.</p> <p>Studiet ble godkjent av en etisk komite av Vanderbilt Universitetet.</p>
Resultater	<p>Identifisert hovedtema: smertekartlegging hos pasienter med avansert demens er som å samle et vanskelig puslespill i et forsøk til å gi beboerne best mulig komfort. Det må bearbeides informasjon fra pasienten, hans eller hennes sykehistorie, familien og egne kollegaer. Elementer som er til hjelp i smertevurdering:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. smerteatferd 2. sykepleierens kompetanse 3. informasjon fra pårørende 4. tverrfaglig samarbeid 5. kjennskap til pasienten over en lang tid 6. Prøv-og-feil tilnærming 7. pasienter ser tilfreds, komfortable ut (<i>appearance of comfort</i>)

Artikkel 4	
Tittel	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes
Tidsskrift/årstall	BMC Nursing (2021)
Forfattere	Lundin, E. & Godskesen, T. E.
Perspektiv	Sykepleiere
Problem	Smertelindring av pasienter med avansert dementia er suboptimal og inadekvat. Smertevurdering av denne pasientgruppen er utfordrende på grunn av pasienters manglende evne til å forstå og svare på smertekartleggings spørsmål.
Hensikt	Å beskrive sykepleierens erfaringer i pleie til smertepåvirket pasienter med avansert demens. Å undersøke sykepleierens perspektiv på egen rolle i smertevurdering og behandling.
Metode	<p>Kvalitativ metode. Kvalitative individuelle semi-strukturerte intervju med åpne spørsmål med totalt 13 sykepleiere fra tilfeldig valgte 12 sykehjem, gjennomført i februar-april 2018. Inklusjonskriterium var ett års erfaring av pleie og omsorg til sykehjemspasienter med avansert demens og smerte. Virksomhetsledere delte invitasjonsbrev til aktuelle sykepleiere.</p> <p>Samlet data ble analysert ved hjelp av tematisk analyse: data ble analysert for å finne likheter og forskjeller. Lignende funn ble kondensert ytterligere til underkategorier, og ikke relevante data valgt bort. Lignende underkategorier ble slått sammen til kategorier, som ble i sin tur underlagt et overordnet tema. Totalt ble det funnet tre hovedtema.</p>
Resultater	<p>Følgende elementer hadde mest betydning i smertekartlegging: smerteatferd (vokalisering og nonverbale indikatorer), relasjonelle faktorer (god kjennskap til pasienter, bruk av pasientens familie som kilde til informasjon om pasientens tidligere smerteatferd) og organisatoriske faktorer (tilstrekkelig med tid og personell, erfaring, personlig kompetanse og relevant videreutdanning).</p> <p>De fleste deltakere brukte Abbey smerteskala i smertevurdering, men mente at den ikke var passende for denne pasientgruppen. Derfor stolte noen sykepleiere på egen intuisjon framfor smerteskalaen.</p>
Artikkel 5	
Tittel	Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia
Tidsskrift/årstall	Research in Gerontological Nursing (2013)

Forfattere	Gilmore-Bykovskyi, A. L. & Bowers, B. J.
Perspektiv	Sykepleiere og helsefagarbeidere (<i>licensed practical nurse</i>).
Problem	Ubehandlet og underbehandlet smerte hos eldre pasienter fører til lav livskvalitet, depresjon og søvnproblemer. Risiko for ubehandlet smerte er enda høyere hos pasienter med demens som ikke kan uttrykke egne behov og smertetilstander verbalt. Denne risiko er relatert til vanskeligheter i kommunikasjon med pasienter med demens.
Hensikt	<p>Å undersøke sykepleierens forståelse om smerte hos pasienter med demens, handlinger de utfører basert på denne forståelse og hvordan de to elementer relateres til hverandre.</p> <p>Å studere forutsetninger som påvirker sykepleierens handlinger i smertebehandlingen og utvikle konseptuell modell (sluttprodukt av <i>grounded demensional analysis</i>) for framtidig forskning og klinisk praksis.</p> <p>Resultater som ikke svarte til oppgavens hensikt, ble ikke diskutert nærmere i oppgaven. Kun deler av studiets funn som var relevant ble brukt i oppgaven.</p>
Metode	<p>Kvalitativ design. Begrunnet dimensjonal analyse (kvalitativ metode utviklet som alternative til <i>grounded theory</i>) med et mål om å lage en konseptuell modell som beskriver fenomenet av interesse. Forutsetningen for analysen er at data blir analysert etter hvert intervju for å gi forsker mulighet til å videreutvikle spørsmål til neste intervju.</p> <p>Totalt 15 individuelle dybdeintervjuer med åpne spørsmål ble gjennomført med totalt 13 sykepleiere og helsefagarbeidere (<i>licensed practical nurse</i>) ansatte i totalt fire sykehjem. Inklusjonskriterium var erfaring av pleie og omsorg til sykehjemspasienter med demens. Deltakere ble rekruttert gjennom e-post fra avdelingssykepleier, flyers på sykehjem og annonsering om studiet på et av personalmøtene. Intervju ble lydopptatt og transkribert i etterkant.</p> <p>Analyse av data ble rettet mot utforming av konseptuell modell som beskriver hvordan smertebehandling blir påvirket av sykepleierens oppfatning av pasientens smerte, altså hvorvidt sikker sykepleieren var at pasienten hadde smerte. Forskere kom fram til to hovedprosesser: handling ved stor sikkerhet og ved lite sikkerhet.</p>

Resultater	<p>Forskere utviklet en konseptuell modell som illustrerer prosess sykepleierne gjennomgikk for å ta avgjørelse om smertebehandling. Prosessen ble påvirket på forskjellig vits av to forskjellige situasjoner: når sykepleieren var sikker på at pasienten hadde smerte og når sykepleieren var ikke det.</p> <p>Nøkkelfunnene i studiet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Forandring i pasientens vanlige atferd ble vurdert som den viktigste smerteindikatoren• Sykepleiere var veldig usikre ved smertevurdering hos pasienter med demens uten talespråk• Ingen tydelige retningslinjer for smertevurdering• Sporadisk bruk av informasjon fra pårørende om pasientens vanlige smerteatferd• Kunnskap til kun numerisk- og ansikt smerteskalaer• Prøv-og-feil tilnærming hvor deltakere brukte kombinasjon av medisinske og ikke medisinske tiltak for å vurdere årsaker til forandring i pasientens oppførsel, ble hyppig brukt• Mål i smertekartlegging var å returnere pasienten til hans eller hennes vanlig («baseline») tilstand
-------------------	--

Vedlegg 2. Oversikt over søkehistorikk av vitenskapelige artikler

Database	Inklusjonskriterier	Søkeord	Treff	Lest	Brukt
SveMed+	peer reviewed tidsrom: 2011-2019	• Dementia AND pain assessment AND nurs*	10	2	0
		• demens AND smerte AND sykepleie*	3	0	0
		• dementia AND pain assessment	5	1	0
		• demens AND smerte	4	1	0
		• demens AND smertekartlegging	0		
		• demens AND smerteanalyse	14	1	0
Idunn	tidsrom: 2011-2021 fagområde: helse- og sosialfag	• dementia AND pain assessment AND nurs*	8	1	0
		• demens AND smerte AND sykepleie*	13	2	1
		• dementia AND pain assessment	8	0	0
		• demens AND smerte	18	2	1 samme artikkel som med søkeord <i>demens AND smerte AND sykepleie*</i>
		• demens AND smertevurdering	2	1	1 samme artikkel som med søkeord <i>demens AND smerte og</i>

					<i>demens AND smerte AND sykepleie*</i>
CINAHL	abstract	• dementia AND pain AND nurs*	356	11	4
	peer reviewed	• dementia AND pain assessment AND nurs*	217	8	3
	English language				3 samme artikler som med søkeord <i>dementia AND pain AND nurs*</i>
	tidsrom: 2011-2021				
	geografi: Continental Europe, Europe, UK&Ireland, USA	• dementia AND pain	811	0 for mange treff og ønsket å spisse søk	0
	find all my search terms	• dementia AND pain assessment AND nonverbal communication	5	0	0
	• dementia AND pain assessment AND (nonverbal communication OR selv-report)	8	0	0	
	• dementia AND pain assessment	218	9	3 samme artikler som med søkeord <i>dementia AND pain AND nurs*</i> og <i>dementia AND pain assessment AND nurs*</i>	
	• dementia AND pain assessment AND methods	118	7	3	

Kandidatnummer 8100

					samme artikler som med søkeord <i>dementia</i> AND <i>pain</i> AND <i>nurs*</i> og <i>dementia</i> AND <i>pain assessment</i> AND <i>nurs*</i> og <i>dementia</i> AND <i>pain assessment</i>
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3. Oversikt over mest brukte kartleggingsverktøy for observasjon av smerte hos pasienter med demens

Observational scales	Available versions	Authors
The Abbey Pain Scale	English, Italian, Japanese	Abbey et al., ¹ 2004
Algoplus	English, French	Rat et al., ⁵³ 2011
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)	English, Norwegian	Feldt, 2000 ²⁸
CNA Pain Assessment Tool (CPAT)	English	Cervo et al., ¹³ 2009
Doloshort	French	Pautex et al., ⁴⁹ 2009
Doloplus-2	Chinese, Dutch, English, French, Italian, Japanese, Norwegian, Portuguese, Spanish	Levebre-Chapiro, 2001 ⁴³
Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)	Dutch, English, Italian	Hurley et al., ³² 1992
Elderly Pain Caring Assessment (EPCA-2)	French	Morello et al., ⁴⁸ 2007
Mahoney Pain Scale (MPS)	English	Mahoney and Peters, 2008 ⁴⁷
Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID and MOBID-2)	Norwegian	Husebo et al., ³³ 2007
Noncommunicating Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)	Brazilian, English, Italian, Portuguese	Snow et al., ⁶³ 2004
The Pain Assessment in the Cognitively Impaired (PACI)	English	Kaasalainen et al., ^{36,37} 2011
The Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia (PACSLAC)	Dutch, English, French, Japanese, Portuguese	Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004 ³⁰
PACSLAC-D	Dutch	Zwakhalen et al., ⁷⁹ 2007
PACSLAC 2	English	Chan et al., ¹⁴ 2014
Pain Assessments in Dementing Elders (PADE)	English	Villanueva et al., ⁷⁴ 2003
The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Chinese, Dutch, English, German, Italian, Portuguese, Spanish	Warden et al., ⁷⁵ 2003
Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons (PAINE)	English	Cohen-Mansfield, 2006 ¹⁶
Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)	Dutch, English	van Herk et al., ⁷² 2008

Tabell 1. Survey of the most frequently used observational scales according to Zwakhalen et al. (2017; modified form). (Achterberg et al., 2020, s. 3).

Vedlegg 4. Abbey Pain Scale

ABBEY PAIN SCALE

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalize

How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6

Name of resident:

Name and designation of person completing the scale:

Date: **Time:**

Latest pain relief given was **at** **hrs.**

Q1. Vocalisation **Q1**
 eg. whimpering, groaning, crying
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

Q2. Facial expression **Q2**
 eg: looking tense, frowning grimacing, looking frightened
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

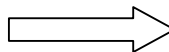
Q3. Change in body language **Q3**
 eg: fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

Q4. Behavioural Change **Q4**
 eg: increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

Q5. Physiological change **Q5**
 eg: temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

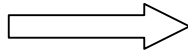
Q6. Physical changes **Q6**
 eg: skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries.
 Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3

Add scores for 1-6 and record here



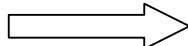
Total Pain Score

Now tick the box that matches the Total Pain Score



0 - 2 No pain	3 - 7 Mild	8 - 13 Moderate	14+ Severe
--------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

Finally, tick the box which matches the type of pain



Chronic	Acute	Acute on Chronic
----------------	--------------	-------------------------

Figure 1. The interconnectedness of the themes. (Abbey et al., 2004, s. 12).

Vedlegg 5. Smertekartleggingsverktøy CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2

Checklist of Nonverbal Pain Indicators – norsk utgave

DATO: _____

PASIENT NR: _____

SJEKKLISTE MED NONVERBALE SMERTEINDIKATORER

(Instruksjon: Skriv 0 dersom atferden ikke er observert, og 1 dersom atferden opptrådte om den bare opptrådte for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro.)

	Ved bevegelse	I hvile/ ro
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	_____	_____
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, ”gaper plutselig”, kjakaslepp, fordreiet uttrykk)		_____
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, brikke eller annen gjenstand)	_____	_____
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	_____	_____
5. Gnir eller masserer det affiserte området	_____	_____
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylydte klager: verbale uttrykk (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte “au”, “det gjør vondt”, bevegelser utløser bannord eller edder eller roper iprotest “stopp”, “det er nok”.)	_____	_____
Subtotal Skåre	_____	_____
Total Skåre		_____

Figur 2. Checklist of Nonverbal Pain Indicators – norsk utgave. (Feldt, 2000, oversatt av Nygaard med tillatelse av Karen Feldt).

Doloplus-2 – norsk utgave

Somatiske reaksjoner

Klager på smerte

0. ingen klager
1. klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse
2. spontane klager av og til
3. vedvarende klager

Smertestillende hvilestilling

0. benytter ingen smertelindrende hvilestillinger
1. unngår av og til enkelte hvilestillinger
2. benytter vedvarende og effective smertelindrende stillinger
3. stadige virkningsløse posisjonsskift (finner ikke ro)

Beskytter smertefulle områder

0. ingen beskyttelse
1. beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse
2. beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse
3. beskytter seg også i fravær av kontakt

Ansiktsuttrykk

0. normalt ansiktsuttrykk
1. ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelser
2. ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant
3. vedavrende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blick)

Søvn

0. normal søvn
1. problemer med innsovning
2. hyppige oppvåkninger (urolig søvn)
3. søvnløshet som påvirker våken tilstand

Psykomotoriske reaksjoner

Stell og/eller påkledning

0. aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt)
1. aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre
2. aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre)
3. umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk

Forflytning

0. forflytter seg som vanlig
1. let redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius)
2. sterk redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig)
3. forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale

Psykososiale reaksjoner

Kommunikasjon

0. normal kommunikasjon
1. intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter
2. redusert kommunikasjon (vil være alene)
3. fravær eller avvisning av all kommunikasjon

Sosial aktivitet

0. normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.)
1. deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse
2. nekter av og til å delta i aktiviteter
3. avstår fra all sosial aktivitet

Atferdsproblemer

0. normal atferd
1. gjentatte atferdsproblemer
2. permanente atferdsproblemer i kontakt med andre
3. permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)

Figur 3. Doloplus 2. Observasjonsbasert smerteskala for elder: Oversikt over hovedområder og punkter (oversatt av Hølen et al., referert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 201-202).

MOBID Pain Scale

Bettina.Husebo@isf.uib.no;
 Department of Public Health and Primary Health Care,
 University of Bergen

MOBILIZATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patient's name:

Date:

Time:

Unit:

Pay attention to the patient's pain behaviour during morning care. **Observe the patient before you start mobilization.** Explain clearly what is going to happen. Guide the patient carefully through the activities 1–5. Reverse the movement immediately if pain behaviour is perceived.

Rate your observation after each activity:

I) Tick the boxes for Pain noises, Facial expression and Defence, whenever you observed such pain behaviour.

II) Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0-10).

I) Pain Behaviour



Pain noises:

- Ouch!
- Groaning
- Gasping
- Screaming

Facial expression:

- Grimacing
- Frowning
- Tightening mouth
- Closing eyes

Defence:

- Freezing
- Guarding
- Pushing
- Crouching

YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY

II) Pain Intensity

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?
 0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Guide to open both hands, one hand at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Guide to stretch both arms towards head, one arm at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Guide to stretch and bend both knees and hips, one leg at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Guide to turn in bed to both sides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Guide to sit at the bedside	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Based on your observations, rate the patient's overall pain intensity

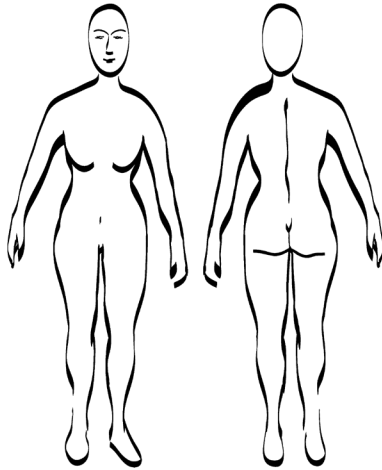
|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Did you observe, today or in the last days (one week), that the patient expressed pain behaviour related to head, internal organs and/or skin, which may be caused by a disease, wound, infection and/or injury?

Pain Behaviour

Make one or more cross/es on the pain drawing (front and back), according to observed pain behaviour (Pain noises, Facial expression and Defence)



Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0–10)

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

6. Head, mouth, neck → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Heart, lung, chest wall → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Abdomen → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Pelvis, genital organs → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Skin → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Based on all observations, rate the patient's overall pain intensity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen

Figur 4. MOBID-2 Pain Scale. (Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe, N. R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E., 2010, s. 390-391).

Vedlegg 6. Smertekartleggingsverktøy Numeric Pain Intensity Scale og Faces Scale

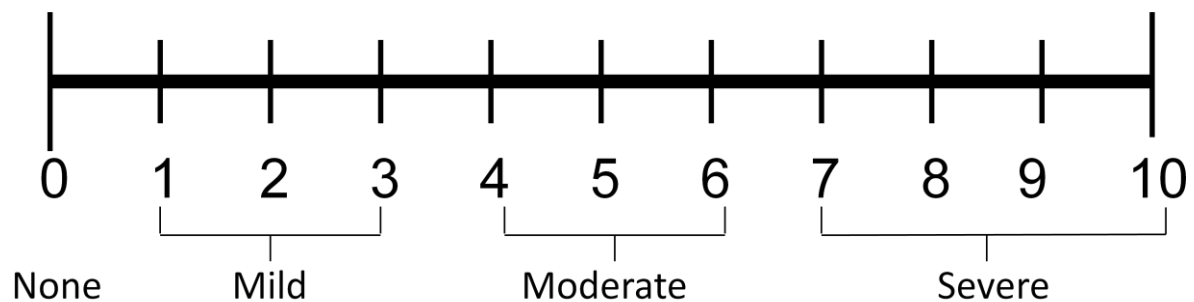
The Numeric Pain Rating Scale Instructions

General Information:

- The patient is asked to make three pain ratings, corresponding to current, best and worst pain experienced over the past 24 hours.
- The average of the 3 ratings was used to represent the patient's level of pain over the previous 24 hours.

Patient Instructions (adopted from (McCaffery, Beebe et al. 1989):

“Please indicate the intensity of current, best, and worst pain levels over the past 24 hours on a scale of 0 (no pain) to 10 (worst pain imaginable)”



Reference:

McCaffery, M., Beebe, A., et al. (1989). Pain: Clinical manual for nursing practice, Mosby St. Louis, MO.

**Downloaded from www.rehabmeasures.org
Test instructions derived from McCaffery et al, 1989**

Figur 5. The Numeric Pain Rating Scale Instructions. (McCaffery & Beebe, 1989).

Faces Pain Scale

FPS-R - Australia/English - Version of 30 Jan 14 - Mapi.
ID7858 / FPS-R_AU2.0_eng-AU.doc

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

In the following instructions, say "hurt" or "pain", whichever seems right for a particular child.

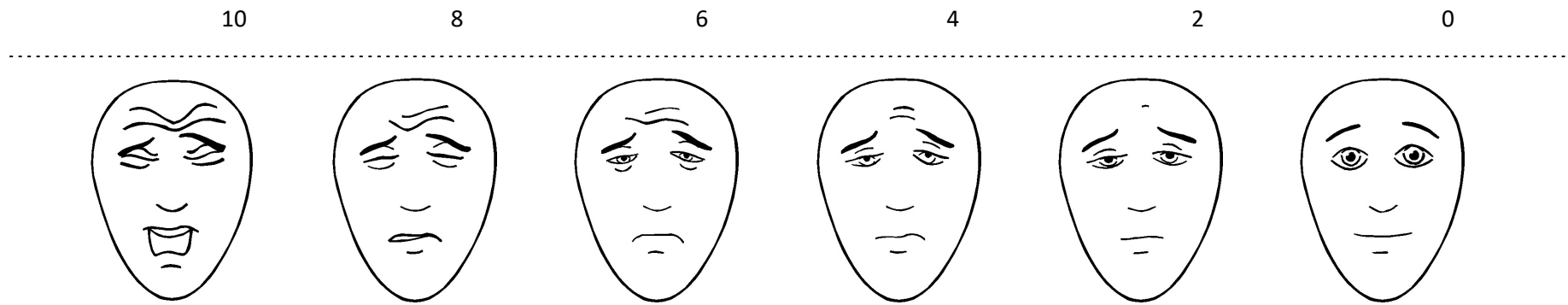
"These faces show how much something can hurt. This face [point to face on far left] shows no pain. The faces show more and more pain [point to each from left to right] up to this one [point to face on far right] - it shows very much pain. Point to the face that shows how much you hurt [right now]."

*Score the chosen face **0, 2, 4, 6, 8, or 10**, counting left to right, so "0" = "no pain" and "10" = "very much pain". Do not use words like "happy" or "sad". This scale is intended to measure how children feel inside, not how their face looks.*

Permission for Use. Copyright of the FPS-R is held by the International Association for the Study of Pain (IASP) ©2001. This material may be photocopied for **non-commercial clinical, educational and research** use. For reproduction of the FPS-R in a journal, book or web page, or for any commercial use of the scale, request permission from IASP online at www.iasp-pain.org/FPS-R.

Sources. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173-183. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990;41:139-150.

(fold along dotted line)



Figur 6. Faces Pain Scale - Revised (FPS-R). (Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar & Goodenough, 2001; Bieri, Reeve, Champion, Addicoat & Ziegler, 1990).