

10143

## Demens og smertekartlegging

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens?

Antall ord: 7670

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



10143

## **Demens og smertekartlegging**

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens?

Antall ord: 7670

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Antallet personer med demens øker i samfunnet som følge av eldrebølgen. Smerteproblematikk er også vanligere ettersom man blir eldre. Siden demenssykdommen progredierer og selvrapporteringsevnen svekkes, blir det sykepleierens rolle å kartlegge smerter hos denne pasientgruppen. Dette vises å være en utfordrende oppgave. Omtrent 2/3 av sykehjemsbeboere med demens lever nemlig med smertetilstander.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å se nærmere på sykepleiers rolle i smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Oppgaven belyser hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos denne pasientgruppen.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudie, basert på åtte utvalgte forskningsartikler. Artiklene understøttes og drøftes sammen med pensumlitteratur, og annen faglitteratur og forskning.

**Resultat:** Utfordringer ved smertekartlegging av sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom var gjennomgående i forskning. Ulike ansiktsuttrykk, kroppsspråk og nonverbal atferd fremkom som de vanligste smerteindikatorer hos pasientgruppen. I tillegg ble det funnet smertekartleggingsverktøy som tilleggsverktøy for vurdering av smerter. Flertall av sykepleierne følte på manglende kunnskap innenfor fagfeltet, og tok derfor ikke i bruk disse verktøyene. Feiltolkning av smertesymptomer ble funnet, og viste seg å ha sammenheng med likheten til demenssymptomer. Sykepleierne inkludert i studiene ytret ønske om mer kunnskap, og en tilrettelagt arbeidshverdag med bedre ressurser til å utføre smertekartleggingen.

**Konklusjon:** Sykepleier har en sentral og viktig rolle i smertekartlegging til sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Gjennom sykepleierens kliniske blikk, samt bruk av smertekartleggingsverktøy, kan dette føre til at flere innenfor pasientgruppen får kartlagt sine smerter og får optimal smertebehandling. Dette avhenger av at sykepleiekompetansen innenfor feltet økes, og at gode rammer for smertekartlegging blir tilrettelagt.

**Nøkkelord:** langtkommen demenssykdom, smertekartlegging, sykepleie, sykehjem.

# Abstract

**Background:** The number of people with dementia increases in society because of “the aging wave”. Pain problems are also more common as you get older. As the dementia disease progresses and the ability to self-report is impaired, it becomes the nurse’s role to identify pain in this group of patients. This turns out to be a challenge. Two-thirds of nursing home residents with dementia live with pain conditions.

**Intention/aim:** The aim of this study is to investigate the nurse’s role in pain assessment for nursing home resident with advanced dementia. The study describes how nurses can assess pain in this group of patients.

**Method:** This literature study is based in eight selected research articles. The articles are discussed together with literature and other research.

**Results:** The challenges of pain assessment for nursing home resident with advanced dementia were common in research. Facial expressions and nonverbal behaviour were the most common pain indicators. Pain assessment tools were found to be helpful in the observation of pain. The nurses felt a lack of knowledge, and therefore they did not use these tools either. Misinterpretations of pain symptoms was found to the similarity of symptoms of dementia and other conditions. The nurses included in the studies expressed a desire for more knowledge, and a more facilitated working day with better resources to assess pain.

**Conclusion:** The nurses have an important role in pain assessment of nursing home residents with advanced dementia. Through observation, and use of pain assessment tools, it can lead to more patients with dementia being able to receive optimal pain treatment. This depends on the nursing competence being increased, and a good facilitation of resources is carried out.

**Keywords:** Advanced Dementia, pain assessment, nursing, Nursing Home

# Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn om tema.....	1
1.2.	Teori.....	2
1.2.1.	Demens .....	2
1.2.1.1.	Hva er demens?.....	2
1.2.1.2.	Symptomer og diagnostisering.....	2
1.2.1.3.	Langtkommen demenssykdom.....	2
1.2.2.	Smerte .....	3
1.2.2.1.	Smerte hos pasienter med langtkommen demenssykdom .....	3
1.2.2.2.	Smertekartlegging og kartleggingsverktøy .....	3
1.2.2.3.	Smerters påvirkning på grunnleggende behov .....	4
1.2.3.	Sykepleiers ansvar i smertekartlegging .....	4
1.2.3.1.	Sykepleiers omsorg .....	4
1.2.3.2.	Sykepleiers funksjonsområde .....	4
1.2.3.3.	Sykepleiers rolle .....	5
1.3.	Formål og problemstilling .....	5
2.	Metode .....	6
2.1.	Metodebeskrivelse.....	6
2.2.	Søkestrategi .....	7
2.3.	Søketabell .....	8
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler .....	10
2.5.	Analyse.....	11
3.	Resultater .....	12
3.1.	Artikkelmatrise .....	12
3.2.	Tematisk resultat .....	19
3.2.1.	Smerteuttrykk hos pasienter med langtkommen demenssykdom .....	19
3.2.2.	Kartleggingsverktøy til vurdering av smerter .....	19
3.2.3.	Sammenheng mellom demenssymptomer og smertemarkører .....	20
3.2.4.	Sykepleiers erfaringer med smertekartlegging til pasienter med demenssykdom .....	20
4.	Diskusjon .....	21
4.1.	Utfordringer ved smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demenssykdom .....	21
4.1.1.	Har sykepleiere kompetanse til å skille mellom demenssymptomer og smertesymptomer? .....	21
4.1.2.	Observasjon som arbeidsredskap for kartlegging av smerter .....	22

4.2. Smerte som subjektiv følelse versus instrumentell tilnærming .....	24
4.3. Hvorfor er det «ingen» som bruker smertekartleggingsverktøy?.....	25
4.3.1. Sykepleiers kompetanse .....	25
4.3.2. Manglende ressurser .....	26
4.4. Metoderefleksjon.....	27
4.5. Konklusjon .....	28
Referanser.....	29



# Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
Tabell 2 PICO-skjema.....	7
Tabell 3 Søketabell .....	8
Tabell 4 Hovedtema .....	11
Tabell 5 Artikkelmatrise.....	12

# 1. Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunn om tema og beskrivelse av teori som grunnlag for oppgaven. Avslutningsvis på kapittelet beskrives formålet med oppgaven med presentasjon av problemstillingen.

## 1.1. Bakgrunn om tema

Over 101.000 mennesker i Norge lever med en demenssykdom (Gjøra et al., 2020). Statistikk viser at antallet sannsynligvis bare vil øke i årene fremover. Som følge av eldrebølgen og økt levealder i befolkningen, forventes det en dobling av antallet innen år 2050 (Strand et al., 2021). Dette vil gi en økende samfunnsutfordring gjennom større krav til kompetanse, kapasitet og ressurser.

Omtrent 80% av sykehjemsbeboere lever med en demenssykdom (Strand et al., 2021). I to nyere, norske studier ble det gjort funn at opptil 2/3 av sykehjemsbeboere med demens har smerter (Helvik et al., 2021; Rostad et al., 2019). Demens er en progredierende sykdom som etterhvert vil gjøre evnen til selvrappotering mer krevende (Torvik & Bjøro, 2014, s. 397). Ettersom smerter er en subjektiv opplevelse, setter dette pasientgruppen i en sårbar posisjon i forhold til optimal smertebehandling (Danielsen et al., 2016, s. 383). Å leve med smerter over tid vil kunne resultere i konsekvenser som at sykehjemsbeboere lider av redusert livskvalitet (Helvik et al., 2021). Denne problemstillingen belyser at sykepleiere har en viktig rolle i smertekartlegging til sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Sykepleiere arbeider tett på pasienten, og deres kliniske blikk og kompetanse innenfor fagfeltet har stor betydning om pasientgruppen får optimal smertebehandling (Helsedirektoratet, 2020).

Temaet jeg har valgt for denne oppgaven er nettopp *demens og smertekartlegging*. Bakgrunnen for mitt valg av tema er at jeg i flere av mine kliniske praksiser har jobbet med pasienter med langtkommen demenssykdom. I disse møtene har jeg erfart hvor vanskelig det kan være å kartlegge smerter hos pasientgruppen. Jeg har erfart at det er stor variasjon i hvordan denne pasientgruppen blir møtt av ulike sykepleiere, og hvordan sykepleiere vurderer smerter. I løpet av mine praksisperioder har jeg aldri observert sykepleiere tatt i bruk smertekartleggingsverktøy. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg derfor å se dypere inn i sykepleierens rolle i smertekartlegging til sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom, hvilke hjelpeverktøy som finnes, og eventuelt hvorfor disse ikke blir implementert i sykepleiepraksis. Som kommende nyutdannet sykepleier ønsker jeg å inneha kunnskap og være kompetent til å møte pasienter med langtkommen demenssykdom på en god måte, noe som videre kan øke livskvalitet og velvære hos pasientene.

For å få en spisset problemstilling med en dybdegående diskusjon, har jeg i denne oppgaven valgt å avgrense pasientgruppen til sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Sykehjemsbeboere er pasienter som ofte kjennetegnes med sterkt redusert funksjonsevne og stort behov for bistand i dagligdagse situasjoner. De må derfor bo på sykehjem med kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell. De aller fleste er over 67 år (Hauge, 2014, s. 266). Selv om hovedfokuset mitt er basert på sykehjemsbeboere, er

temaet også høyst relevant innenfor andre praksisområder med pasienter med demenssykdom, eksempelvis sykehus eller hjemmesykepleien.

## 1.2. Teori

Her presenteres utvalgt teori som er nyttig for videre diskusjon av problemstillingen.

### 1.2.1. Demens

#### 1.2.1.1. Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av de kognitive funksjonene. Det er altså ikke én sykdom, men en diagnose som blir stilt ut fra ulike symptomer forårsaket av kognitive sykdommer og skader. Det kan også kalles et syndrom. Felles for alle sykdommene er at de er progredierende, som vil si at de utvikler seg over tid. På sikt gjør dette mennesket avhengig av hjelp da evnen til tilstrekkelig fungering i hverdagen blir betydelig nedsatt (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411–412).

#### 1.2.1.2. Symptomer og diagnostisering

I Norge blir diagnosen demens stilt og gradert ut fra WHO sitt internasjonale system, ICD-10. Kriteriene baseres på demenssymptomer som blant annet svekket hukommelse og andre kognitive funksjoner, men med bevart bevissthet. Denne svikten påvirker dagliglivets funksjoner. Andre symptomer er svekkelse av sosial atferd og emosjonell kontroll. For å få stilt diagnosen må disse symptomene ha hatt en varighet på seks måneder eller mer (Helsedirektoratet, u.å.). En demensdiagnose er vanskelig å stille da disse symptomene kan ha likhetstrekk til symptomer på andre sykdommer og tilstander (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Nasjonale kartlegginger viser til denne utfordringen ved at bare en liten andel personer med kognitiv svikt får stilt diagnosen demens. Demensplanen 2025 vil videreføre målet; «*den enkelte skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Diagnostisering er en forutsetning for å få systematisk oppfølging av helsesystemet, og at helsepersonell skal kunne gi hensiktsmessig omsorg og behandling til pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

#### 1.2.1.3. Langtkommen demenssykdom

Som følge av avgrensingen i denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i den langtkomne og alvorlige siden ved demenssykdom. Langtkommen demens kan beskrives om når demenssykdommen har kommet til stadiet hvor de fleste kognitive funksjonene er påvirket, med alvorlig påvirkning på dagliglivets funksjoner. Dette fører til at pasientene har behov for kontinuerlig pleie og overvåking (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). I denne oppgaven retter det seg særlig mot pasientene som har nedsatte språklige ferdigheter, uten evne til selvrapporing av smerter.

## 1.2.2. Smerte

### 1.2.2.1. Smerte hos pasienter med langtkommen demenssykdom

Den internasjonale foreningen for smerteforskning definerer smerte som «*en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade*» (IASP, 2020). Et vanlig helseproblem hos eldre er smerter. De vanligste årsakene til smertene er slitasjegikt i bevegelsesapparatet, kreft, ulykker og senfølger etter operasjon. Lokalisasjonen er oftest i rygg, bein/kne eller hofta (Torvik & Bjøro, 2014, s. 391).

Smerte er en sammensatt og subjektiv opplevelse (Danielsen et al., 2016, s. 382; IASP, 2020). Derfor vil selvrapporing være det mest effektive for å oppdage og behandle smerter. Pasienter med langtkommen demens har reduserte kognitive funksjoner, og evnen til språklig kommunikasjon er ofte svekket. I møte med denne pasientgruppen er det derfor viktigere med fysiske observasjoner av pasienten og hans atferd som indikator om de opplever smerte. Observasjoner som kan indikere smerte er eksempelvis grimasering, rynket panne, jamring og utrop. Videre er også aggressiv fremtoning, uro, økt forvirring, endret søvnmønster, nedsatt matlyst, og endret kroppsholdning og bevegelse vanlig. Ut fra observasjonene vurderer man smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og varighet (Torvik & Bjøro, 2014, s. 397–398).

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, er det stor sjanse for å utvikle atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). Dette er ikke-kognitive symptomer som eksempelvis depresjon, aggresjon, apati, vrangforestillinger og hallusinasjoner (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). I Nasjonal faglig retningslinje for demens står det som en sterk anbefaling at «*personer som viser APSD, eller andre symptomer på ubehag, bør bli utredet og eventuelt behandlet for smerte*» (Helsedirektoratet, 2019). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a) stiller krav til at det sørges for nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose.

### 1.2.2.2. Smertekartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging handler om å systematisk undersøke og samle inn subjektive og objektive data gjennom spørsmål, målinger, observasjoner, eventuelt også andre datakilder (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23). Smertekartlegging vil basere seg på innhenting av informasjon om smerten, årsaken til smerten og hvordan den virker inn på pasientens funksjoner. Et godt fungerende tverrfaglig team, i tett samhandling med pasient og pårørende, er avgjørende for at smertevurdering/-behandling blir individtilpasset (Torvik & Bjøro, 2014, s. 293).

Helsedirektoratet (2019) anbefaler smertekartlegging ved bruk av strukturerte verktøy for bedre tilpasset smertelindring etter behovet. Et kartleggingsverktøy er et utarbeidet skjema som hjelpemiddel for å kartlegge en tilstand/fenomen, og bidra til bedre beslutninger. Verktøyene inneholder spørsmål som baseres på observasjoner og vurderinger av pasientens vitale tegn (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 28). Torvik og Bjøro (2014, s. 395) beskriver viktigheten av å velge et kartleggingsverktøy ut fra pasientens kognitive og funksjonelle evner, med konsekvent bruk for å kunne følge smerteutviklingen over tid. Numerisk skala (NRS) og ansiktsskala er eksempel på smertekartleggingsverktøy basert på selvrapporing. For pasienter som ikke har evne til å uttrykke seg verbalt finnes det også smertekartleggingsverktøy, eksempelvis MOBID-2 og Doloplus-2 (Torvik & Bjøro, 2014, s. 396–398). Flere smertekartleggingsverktøy blir nevnt i resultatkapittelet.

### 1.2.2.3. SmerTERS påvirkning på grunnleggende behov

Målet med god smertekartlegging er å oppdage smerter så tidlig som mulig for videre sette igang tiltak for å lindre disse og bedre funksjonsstatus og livskvalitet (Torvik & Bjørø, 2014, s.399). Pågående smerter vil kunne påvirke flere av pasientens grunnleggende behov. Blant annet kan det påvirke behovet for aktivitet og medføre inaktivitet, sengeleiekomplikasjoner og forsinket mobilisering. Smerter kan medføre tap av selvstendighet ved at personen ikke får utført dagligdagse gjøremål. Søvnproblematikk, atferdsforstyrrelser, og påvirkning av kognitiv og emosjonell tilstand er også en uheldig konsekvens av smerte. Dette kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser og også videre redusere livskvalitet (Helvik et al., 2021; Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Det grunnleggende behovet velvære, påvirkes av om kroppen er smertefri eller ikke. Fysisk ubehag kan forsterke følelsen av smerte, noe som betyr at et viktig hovedfokus i smertebehandlingen baseres på at pasienten skal oppleve velvære. Dette vil igjen føles som en bekreftelse på pasientens egenverd (Danielsen et al., 2016, s. 384).

## 1.2.3. Sykepleiers ansvar i smertekartlegging

### 1.2.3.1. Sykepleiers omsorg

Omsorg og barmhjertighet er det sykepleien skal bygges på i samsvar med respekten for det enkelte mennesket liv og verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleierens omsorg omhandler å gjøre det beste for pasienten ut fra klinisk blikk og faglig kompetanse (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 19). Innlevelse, engasjement, moralsk skjønn og faglig vurdering av pasientens situasjon er det omsorgen skal baseres på i solidaritet med pasienten. Omsorgsarbeid er knyttet til en sosial prosess som tar tid (Martinsen, 1989, s.78).

Et av hovedpoengene i omsorgsteorien til Kari Martinsen (1989, s. 78) handler om at det å tilegne seg kunnskap gjennom teoretiske bøker ikke gjør sykepleiere faglig dyktig til å utøve omsorgsarbeid. Faglig skjønn og praktisk kunnskap er det som bør vektlegges i sykepleieutøvelsen. Sykepleie med omsorg har ifølge Martinsen større betydning ved stillstand og tilbakegang, enn ved relasjoner som skal opphøre. Omsorgsarbeidet innebærer forpliktelse og ansvar, og kjennetegnes av at sykepleier sørger for omsorg til pasienten uten å forvente noe tilbake - *generalisert gjensidighet* (Martinsen, 1989, s. 78).

### 1.2.3.2. Sykepleiers funksjonsområde

Sykepleiere jobber ut fra åtte funksjonsområder, eksempelvis den helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende sykepleien. Den lindrende sykepleiefunksjonen handler om å rette fokuset mot opplevelsen og erfaringen knyttet til sykdommen, og begrense dens belastning. Fokuset skal rettes mot pasientens livskvalitet (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 22). Ideologien om å gjøre det så godt som mulig for pasienten i her-og-nå situasjon, er hovedmålet i teorien til Martinsen (1989, s. 78). Dette ansvaret innebærer å unngå forverring, opprettholde et visst funksjonsnivå, og samtidig styrke pasientens livsmot.

Sykepleiere har både et etisk og faglig ansvar for smertelindring til pasienter med langtkommen demenssykdom (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 22). Som sykepleier er man også ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert innenfor fagutvikling og forskning, samt ha kompetanse og forholde seg til lover og retningslinjer som styrer helsetjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleiers handlinger skal være basert på kunnskaper innhentet fra erfaring, forskning og pasientens behov og ønsker – *kunnskapsbasert praksis* (Kristoffersen et al., 2016, s. 17).

#### 1.2.3.3. Sykepleiers rolle

Pasienter på sykehjem blir stadig sykere som følge av reduksjon i institusjonsplasser. Med andre ord vil dette si større krav til vurderings- og beslutningskompetanse hos sykepleierne. Systematiske undersøkelser og datainnsamling gjøres for å få en oversikt over pasientens situasjon. Ifølge Florence Nightingale var observasjonskompetansen den viktigste praktiske kunnskapen sykepleiere kunne gi, noe sykepleien fortsatt baseres på. Observasjonen gir et viktig grunnlag for å vurdere utvikling og endring av pasientens helsetilstanden (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23).

På lik linje med andre livstegn som blodtrykk, puls og respirasjon, må også smerter kartlegges og dokumenteres. Man kaller gjerne smerte for *det femte vitale tegnet* (Torvik & Bjørø, 2014, s. 394). Dette viser til at smertekartlegging er en viktig sykepleieoppgave og må implementeres i sykepleierens rutiner. For å kunne gjennomføre gode observasjoner og kartlegginger er god nok tid til utførelse en viktig faktor. Tid til å kunne vurdere i hvilken grad pasientens funksjoner blir påvirket, iverksette tiltak og evaluere disse. Særlig er tidsbegrepet viktig ved vurdering av pasienter med langtkommen demenssykdom, da smerter hos pasientgruppen kan være særlig utfordrende å vurdere (Torvik & Bjørø, 2014, s. 394). Eide og Eide (2016, s. 384) trekker frem tålmodighet, og evne til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå som viktige deler av kommunikasjonen med pasienter med redusert evne til språklig kommunikasjon.

### 1.3. Formål og problemstilling

Formålet med litteraturstudien var å finne frem etablert kunnskap som kunne belyse sykepleierens rolle rundt smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Økt kunnskap og forståelse for hvordan man som sykepleier kan kartlegge og identifisere smerter hos denne pasientgruppen er særlig nyttig å integrere i sykepleiepraksisen. Dette for å kunne utøve god og forsvarlig sykepleie. Med bakgrunn i dette, ble følgende problemstilling utarbeidet;

*«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom?»*

## 2. Metode

I dette kapitlet kommer en beskrivelse av litteraturstudium som metode, med påfølgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven. Systematiske litteratursøk skal være planlagt, dokumentert, begrunnet og etterprøvbare (Thidemann, 2019, s. 82). Videre i kapitlet vil derfor søkeprosessen beskrives gjennom søkestrategi, søketabell, vurdering og utvelgelse, og analyse.

### 2.1. Metodebeskrivelse

Dalland (2020, s. 53) viser til metode som en beskrivelse av hvordan man har gått til verks for å fremskaffe/etterprøvd kunnskap. Metoden i denne oppgaven er et litteraturstudium som baserer seg på allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s.199). Litteraturstudien vil derfor bidra med oppdatert og bredere forståelse for eksisterende kunnskap innenfor aktuell problemstilling. Kunnskapen er hentet inn gjennom systematiske søk av litteratur og forskning som videre ble kritisk gransket og nøye analysert i forhold til pålitelighet og relevans (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). Kriterier som jeg ønsket å inkludere i studien, samt ekskluderte kriterier, blir presentert i tabellen under (tabell 1). Kriteriene var viktig for å få til en godt avgrenset problemstilling, og til hjelp i søkeprosessen. Søkeprosessen resulterte i 8 forskningsartikler som var relevante for problemstillingen.

**Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fagfellevurderte forskningsartikler publisert i akademisk tidsskrift</li><li>• Forskning publisert i tidsrommet 2017-2022</li><li>• Artikler på engelsk eller skandinavisk språk</li><li>• Artikler tilgjengelig i fulltekst</li><li>• Pasienter med langtkommen demenssykdom</li><li>• Smertekartlegging</li><li>• Forskning basert fra sykehjem</li><li>• Sykepleieperspektivet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forskning publisert før år 2017</li><li>• Pasienter med mild demenssykdom og god kommunikasjonsevne</li><li>• Pårørendes opplevelse av smertelindring</li></ul>

## 2.2. Søkestrategi

Oppgaveprosessen startet med utvelgelse av tema. Ut fra temavalg ble det gjort innledende, overordnet litteratursøk for å få et overblikk over tilgjengelig litteratur og forskning knyttet til temaet. I denne prosessen brukte jeg oversiktsdatabaser som *Oria*, *Sykepleien*, *Helsebiblioteket* og *Google scholar*. I tillegg fikk jeg oversikt over tematikken i fagbøker og gjorde meg kjent med Nasjonal faglig retningslinje for demens og Demensplanen 2025.

Den strukturerte søkeprosessen startet våren 2022, med identifisering av artikler med hjelp av utarbeidede nøkkelord. PICO-skjema ble brukt som støtteverktøy i utarbeidelsen av problemstilling og aktuelle, norske søkeord (tabell 2). For å sikre standardiserte, engelske søkeord, ble verktøyet *MeSH* brukt. PICO-skjemaet gjorde det også tydeligere for kombinerings av søkeord. Kombinasjoner med *OR* gjorde at jeg kunne kombinere synonymer og finne artikler med bruk av ulike begreper. Kombinasjonen *AND* ga treff som inneholder alle søkeordene samt et smalere resultat (Forsberg & Wengström, 2013, s. 79). I de strukturerte søkene ble engelske søkeord benyttet, blant annet; *Dementia*, *Cognitive Impairment*, *Nursing Home*, *Pain Measurement*, *Pain Assessment*, og *Clinical Observation* (tabell 3).

Tre databaser ble benyttet i søkene, *Cinahl*, *Medline* og *PubMed*, hvorav alle tre har et bredt sykepleiefaglig og medisinsk innhold. I *Cinahl* måtte jeg avgrense søket til å være fagfellevurdert, noe som ikke trengtes i de to andre databasene ettersom samtlige av artiklene der er fagfellevurderte. Videre avgrensing på publiseringsdato ble gjort til de siste fem årene for å få den mest oppdaterte kunnskapen innenfor temaet. For å sikre full tilgang til noen av artiklene ble bibliotekets hjemmeside med direkte linker anvendt.

**Tabell 2 PICO-skjema**

	<b>P</b>		<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>	
<b>Norsk</b>	Demens	Sykehjem	Smertekartlegging	Ikke relevant	Tidlig medisinsk intervensjon	↑
	Alzheimer sykdom				Smertemåling	
	Langtkommen kognitiv svikt				Observasjon	
	Kognitiv svekkelse					
<b>Engelsk</b> (disse blir benyttet i søk)	Dementia	Nursing Homes	Pain Measurement	Ikke relevant	Early Medical Intervention	↓
	Alzheimer Disease	Long-time care	Pain Assessments		Primary Prevention	
	Cognitive Impairment	Care Homes			Observation	
<b>AND</b>						



## 2.3. Søketabell

Som vist i søketabell (tabell 3) ble både emneord og nøkkelord inkludert i søkene. Emneord blir presentert med forstavelse «MH», og nøkkelord med anførselstegn.

**Tabell 3 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	26.03.2022	S1.	(MH "Dementia, Delirium, Amnestic, Cognitive Disorders*") OR "people with dementia"		116 607	
		S2.	"dementia patients"		4898	
		S3.	S1 OR S2		117 908	
		S4.	"nursing homes or care homes or long-term care" OR (MH "Nursing Homes+") OR ("Nursing Home Patients)		40 078	
		S5	(MH "Pain Measurement") OR "pain measurement or pain assessment or pain scale"		51 208	
		S6	"nurs*"		999 863	
		S7	S3 AND S4 AND S5 AND S6		210	
		S8	S7	År 2017-2022 «Peer reviewed»	48	<b>2 (A, B)</b>
Medline	29.03.2022	S1	(MH "Cognitive Dysfunction OR Dementia OR Cognitive Disorders") OR "people with dementia"		262 990	

		S2	"dementia patients"		3789	
		S3	(MH "Alzheimer Disease OR Long-Term Care")		135 307	
		S4	S1 OR S2 OR S3		289 341	
		S5	"nursing home"		24 466	
		S6	"long time care"		18	
		S7	"care homes"		3169	
		S8	S5 OR S6 OR S7		27 417	
		S9	(MH "Pain Measurement") OR "pain measurement"		93 341	
		S10	"pain assessment"		6506	
		S11	S9 OR S10		96 048	
		S12	S4 AND S8 AND S11		200	
		S14	S12	År 2017-2022	51	2 (C, D)
Pubmed	06.04.2022	S1	("dementia") OR ("cognitive disorders") OR ("cognitive impairment") OR ("senile dementia")		488 381	
		S2	("nursing home") OR ("long time care") OR ("care homes")		167 578	

		S3	("pain measurement") OR ("pain assessment")		174 324	
		S4	("early medical intervention") OR ("primary prevention") OR ("observation*")		1 392 083	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		176	
		S7	S5	År 2017-2022	63	4 (E, F, G, H)

#### Inkluderte artikler:

- A.** Morrison et al. (2020). Differences in Staff-Assessed Pain Behaviors among Newly Admitted Nursing Home Residents by Level of Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(3), 243–251.
- B.** Habiger et al. (2021). Managing Pain and Psychosis Symptoms in Nursing Home Patients: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(8), 1692–1698.
- C.** Zwakhalen et al. (2018). Pain in older adults with dementia. *Der Schmerz*, 32(5), 364–373.
- D.** Husebo et al. (2022). Understanding Pain and Agitation Through System Analysis Algorithms in People With Dementia. A Novel Explorative Approach by the DIGI.PAIN Study. *Frontiers in Pain Research*, 3(847578).
- E.** Felton et al. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics*, 6(4), 101.
- F.** Kappesser et al. (2020). Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain-specific responses? *European Journal of Pain*, 24(4), 851–862.
- G.** Atee et al. (2022). Faces of Pain in Dementia: Learnings From a Real-World Study Using a Technology-Enabled Pain Assessment Tool. *Frontiers in Pain Research*, 3(827551).
- H.** De Witt Jansen et al. (2018). "A tool doesn't add anything." The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346–1354.

## 2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Startfasen i å velge ut forskningsartikler bestod i å lese overskriftene og vurdere/velge ut de som kunne ha sammenheng med problemstillingen. Videre leste jeg sammendragene av disse, og sorterte bort de som ikke var relevante. Et utvalg artikler ble videre lest i fulltekst, og innholdet ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Spørsmål jeg hadde i bakhodet fra sjekklister var eksempelvis om formålet med studien og resultatene var klart formulert, og om funnene var nyttig i forhold til problemstillingen min.

Forsberg og Wengström (2013, s. 69) belyser viktigheten av at etiske vurderinger må gjøres av alle vitenskapelige studier. Helseforskningsloven (2008, §5) er med å sikre at etiske, personvernmessige, medisinske og vitenskapelige forhold blir overholdt i utøvelsen av medisinsk og helsefaglig forskning. Det å sjekke og velge studier som hadde vært gjennom en etisk gjennomgang var derfor viktig i prosessen min med utvelgelse av artikler. Til slutt satt jeg igjen med 8 artikler som var relevante for oppgaven.

De inkluderte artiklene er et utvalg med både kvantitativ og kvalitativ forskning, samt en oversiktsartikkel. Dette gjør at oppgaven både kan belyse meninger og opplevelser, såkalt kvalitativ forskning, men også konkrete tall i forekomster av ulike data, kvantitativ forskning (Dalland, 2020, s. 54). Mange av artiklene benytter seg også av en kombinert metode med både kvantitative og kvalitative mål, kalt «mixed-method» (Andersen, 2017; Forsberg & Wengström, 2013, s. 57).

## 2.5. Analyse

Vitenskapelig analysearbeid innebærer ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 166) å dele opp resultatene fra studiene i mindre deler, og undersøke disse hver for seg. Deretter setter man resultatene opp på en ny måte, og får dermed en ny helhet av oppgaven. Gjennom innholdsanalysen av de utvalgte artiklene ble Evans (2002) fire-trinns analysemodell benyttet som hjelpeverktøy.

**Trinn 1** omhandler innsamling av aktuelt datamateriale (Evans, 2002). Dette punktet er nøye beskrevet i kapittel 2.2-2.4, og jeg går derfor ikke videre inn på dette.

På **trinn 2** inngår identifisering av nøkkelfunn i hver studie (Evans, 2002). I arbeidet med dette trinnet gikk jeg grundig gjennom artiklene for å bli kjent med innholdet, og videre identifisere resultatene i hver enkelt studie. Hovedfunnene fra hver studie blir presentert i artikkelmatrise (tabell 5)

**Trinn 3** handler ifølge Evans (2002) å sammenligne de utvalgte studiene. Jeg så her på likheter og ulikheter på tvers av artiklene, og kategoriserte disse ut fra fire hovedtema (tabell 4)

I siste trinn, **trinn 4**, skal man beskrive fenomenen fra de ulike artiklene samlet innenfor hvert hovedtema (Evans, 2002). Dette blir utdypet i resultatkapittel 3.2.

**Tabell 4 Hovedtema**

Hovedtema	Artikler
Smerteuttrykk hos pasienter med langtkommen demenssykdom	A, B, D, E, F, G
Kartleggingsverktøy til vurdering av smerter	E, F
Sammenheng mellom demenssymptomer og smertemarkører	B, D, F
Sykepleiers erfaringer med smertekartlegging	C, E, H

## 3. Resultater

I denne litteraturstudien ble 8 forskningsartikler inkludert. Disse blir presentert enkeltvis i artikkelmatrise. Et hovedfunn i samtlige artikler er at sykehjemsbeboere med langtkommen demens sjelden får kartlagt smerteproblematikk. Funnt av hvilke smerteuttrykk pasientgruppen uttrykker, ulike smertekartleggingsverktøy som finnes, hvorfor smertekartlegging er en utfordring, og sykepleiers erfaring, kommer videre i kapittel 3.2.

### 3.1. Artikkelmatrise

Her blir hovedfunnene fra hver studie presentert i en artikkelmatrise (tabell 5).

**Tabell 5 Artikkelmatrise**

<b>Referanse A</b>	<b>Morrison, R. A., Jesdale, B. M., Dubé, C. E., Nunes, A. P., Bova, C. A., Liu, S.-H., &amp; Lapane, K. L. (2020).</b> Differences in Staff-Assessed Pain Behaviors among Newly Admitted Nursing Home Residents by Level of Cognitive Impairment. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i> , 49(3), 243–251. <a href="https://doi.org/10.1159/000508096">https://doi.org/10.1159/000508096</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å undersøke ulikheter i smerteatferden blant sykehjemsbeboere ut fra grad av kognitiv svikt.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. 1.036.806 nyinnlagte sykehjemsbeboere i USA (uten evne til selvrapporing) ble identifisert med smerter av helsepersonell. Dette ble kartlagt gjennom dataverktøyet «The Minimum Data Set» (versjon 3.0). Identifiseringen pågikk i en femdagers periode. Skalaen «The Cognitive Function Scale» ble brukt for å kategorisere pasientene med grad av kognitiv svikt (mild/moderat/alvorlig).
<b>Resultat</b>	Studien fant mindre journaldokumentasjon av smerter hos pasientene med moderat/alvorlig kognitiv svikt enn de med mild kognitiv svikt. Hos pasientene med mild kognitiv svikt ble det dokumentert mer verbale smerteuttrykk, mens hos pasientene med moderat/alvorlig kognitiv svikt var det overvekt av ansiktsuttrykk og non-verbale utsagn.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien viser til at smerteatferden ofte varierer ut fra stadium av kognitiv svikt. Det blir vist til hvilken smerteatferd det oftest blir dokumentert hos pasienter med moderat/alvorlig kognitiv svikt, som er relevant med tanke på problemstillingen i denne oppgaven. Studien belyser også at det journaldokumenteres mindre smerteproblematikk hos pasienter med moderat/alvorlig kognitiv svikt enn mild kognitiv svikt, som er relevant å trekke inn i diskusjonskapittelet.

<b>Referanse B</b>	<b>Habiger, T. F., Achterberg, W. P., Flo-Groeneboom, E., Mannseth, J., &amp; Husebo, B. S. (2021).</b> Managing Pain and Psychosis Symptoms in Nursing Home Patients: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial (COSMOS). <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 22(8), 1692–1698. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.008">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.008</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien ville undersøke om det var en sammenheng mellom smerter og psykosesymptomer over tid. Samtidig ville studien undersøke effekten av et intervensjonstiltak (COSMOS) angående smerter, psykosesymptomer og resept på analgetika.
<b>Metode</b>	Sekundær-analyse av COSMOS studien, som var en enkel, randomisert kontrollstudie som ville bedre pasientenes livskvalitet gjennom implementering av flerintervensjoner (kommunikasjon, systematisk vurdering og behandling av smerte, medikamentgjennomgang, organisering av aktivitet og sikkerhet). Studien bestod av 723 pasienter fra 33 sykehjem i Norge. Disse ble fordelt i to grupper (testgruppen og kontrollgruppen). Smerte ble identifisert gjennom kartleggingsverktøyet <i>Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2</i> (MOBID-2). Psykosesymptomer ble identifisert ved bruk av <i>Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version</i> (NPI-NH). Sammenhengen mellom smerter og psykosesymptomer, og effekten intervensjonene hadde på disse faktorene, ble analysert ved bruk av « <i>Multilevel Mixed-Effect Linear Regression</i> ».
<b>Resultat</b>	Etter ekskludering av pasienter som ikke var aktuelle for studien, satt de igjen med et utvalg på 545 pasienter, hvorav halvparten i testgruppen og andre i kontrollgruppen. Studien fant at smerter hadde sammenheng med psykosesymptomer og vrangforestillinger over tid.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Funnene fra studien er viktig med tanke på å belyse at smerter kan ha sammenheng med ulike typer atferd og symptomer. Funnet kan også vise til viktigheten av smertevurdering før eventuelt en medisinsk behandling av psykosesymptomer.
<b>Referanse C</b>	<b>Zwakhalen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N., &amp; Schofield, P. (2018).</b> Pain in older adults with dementia. <i>Der Schmerz</i> , 32(5), 364–373. <a href="https://doi.org/10.1007/s00482-018-0290-x">https://doi.org/10.1007/s00482-018-0290-x</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Målet med studien var å undersøke bruken av smertekartleggingsverktøy og retningslinjer innenfor helsetjenesten. I tillegg ønsket de meningene fra helsepersonell om nytten av eksisterende smertekartleggingsverktøy, holdninger og mulige barrierer for implementering.
<b>Metode</b>	Mixed-method studie. Et spørreskjema på engelsk ble opprettet og sendt ut til sykepleiere, helsefagarbeidere og andre helsepersonell med erfaring/interesse innenfor eldre pasienter med kognitiv svikt

	<p>og smerter i ulike land i Europa (Østerrike, Danmark, Belgia, Tyskland, Sveits, Nederland og Storbritannia).</p> <p>Avkrysnings spørsmål (kvantitativ metode) ble analysert gjennom dataprogram (SPSS). Åpne spørsmål (kvalitativ metode) ble gjennomgått og analysert av en gruppe forskere.</p>
<b>Resultat</b>	<p>810 helsepersonell svarte på undersøkelsen (derav 206 fra sykehus, 127 fra sykehjem, 38 fra primærhelsetjenesten, og 439 uten opplyst arbeidsplass). Ca. 41% svarte at de ikke brukte noen standardiserte retningslinjer, og 17% var usikker på om de hadde noen.</p> <p>Angående smertekartleggingsverktøy, rapporterte 58% at de ikke brukte disse. Ca. 1/3 svarte at de brukte slike verktøy hos eldre med demens uten evne til selvrapporing. Funn av brukte kartleggingsverktøy var bl.a. <i>PAINAD</i>, <i>Faces Pain Scale</i>, <i>Numeric Rating Scale</i> og <i>Delirium Observation Scale</i>. Svarene på hva som var utfordrende med smertekartleggingsverktøyene var bl.a.; usikkerhet av observasjoner, mangel på informasjon og kunnskap, mangel på tid, og mangel på verktøy. Funnene på hvilke muligheter verktøyene innebar var bl.a.; bevissthet på smertertilstander, kunnskap og erfaring, og gode rammer for smertevurdering og videre smertebehandling.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	<p>Studien viser til at det finnes smertekartleggingsverktøy rundt om i Europa, men at bruken er minimal. Funnene i studien viser til hvilke begrunnelser helsepersonell har for å ikke benytte smertekartleggingsverktøyene i praksis.</p>
<b>Referanse D</b>	<p><b>Husebo, B. S., Vislapuu, M., Cyndecka, M. A., Mustafa, M., &amp; Patrascu, M. (2022).</b> Understanding Pain and Agitation Through System Analysis Algorithms in People With Dementia. A Novel Explorative Approach by the DIGI.PAIN Study. <i>Frontiers in Pain Research</i>, 3(847578). <a href="https://doi.org/10.3389/fpain.2022.847578">https://doi.org/10.3389/fpain.2022.847578</a></p>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	<p>Studiens mål var å presentere en metode som kunne finne sammenhengen mellom smerter og agitasjon.</p>
<b>Metode</b>	<p>Sekundæranalyse med data hentet fra den norske COSMOS-studien (beskrevet i referanse B).</p> <p>Smertevurdering og atferd og psykiske symptom ble gjort i intervju av helsepersonell kjent med pasienten. MOBID-2 ble brukt i vurdering av smerter. <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</i> (CMAI) ble brukt for å måle hyppigheten av agitasjon og andre atferdsforstyrrelser, i tillegg til verktøyet NPI-NH.</p> <p>Gjennom algoritmer og analyse ble sammenhengen mellom smerter og agitasjon undersøkt.</p>
<b>Resultat</b>	<p>219 pasienter ble utvalgt etter kriterier. For 189 av disse pasientene viste resultatene at når smerteintensiteten økte eller ble redusert, fulgte agitasjon og atferdsforstyrrelser parallelt. Agitasjon alene var ikke en indikator for smerter, men ut fra funnene kunne smertenivået ha sammenheng med endringer i atferden. Studien fant også at man kan måle endringer i smertenivå ved å måle agitasjon og omvendt.</p>

<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Gjennom studien fant de at smerter kan vurderes ut fra endringer i agitasjonsnivå og atferdsforstyrrelser, uavhengig av type smertetilstand. Agitasjon alene er ikke en indikator for en smertetilstand, men kan være til hjelp og ettertanke om å vurdere om pasienten lider av smerter.
<b>Referanse E</b>	<b>Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S.-J., Hodgson, M., &amp; Dawson, S. (2021).</b> Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. <i>Geriatrics</i> , 6(4), 101. <a href="https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101">https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å identifisere hvilke smertekartleggingsverktøy som blir brukt hos pasienter med avansert demenssykdom globalt, samt utforske implikasjoner i bruk av disse verktøyene.
<b>Metode</b>	Oversiktsartikkel, med litteratur samlet fra Nederland, USA, Australia, Norge, Canada, Storbritannia, Italia, Polen og New Zealand. Strukturerte søk ble gjort i databaser som Medline, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, og Cochrane library med emneordene «Dementia», «Pain Assessment» og «Care Homes» kombinert sammen med Mesh-termer og frie nøkkelord. Inklusjonskriterier var blant annet at artiklene skulle omhandle eldre >65år som hadde en demensdiagnose, at de brukte minst et smertekartleggingsverktøy, samt at artiklene var på engelsk.
<b>Resultat</b>	2221 studier ble identifisert, hvorav 26 studier ble inkludert i oversiktsartikkelen. Det ble gjort funn av 17 smertekartleggingsverktøy for pasienter med avansert demenssykdom som er i bruk rundt om i verden. De mest brukte var PACSLAC og PAINAD. Andre ofte brukte var MOBID-2 og The Abbey Pain Scale. Konklusjonen i de utvalgte artiklene var at det var ingen verktøy som anbefales siden det ikke er noen «gullstandard» innenfor smertekartlegging for denne pasientgruppen. Dette bidrar til mangel på bruk av disse verktøyene. Ulike hovedtema ble sammenfattet fra de ulike artiklene; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atferdsindikatorer som var mer pålitelig enn selvrapportering hos denne pasientgruppen var eksempelvis ansiktsgrimase, verbal stønning, gyngende bevegelser, endring i personlighet som aggresjon, endring i dagligdags mønster som søvn, og endring av mental status som forvirring.</li> <li>- Personalundervisning/utdanning innenfor problemstillingen er essensiell. Funnene fra artiklene viser at ofte blir smerteatferd tolket som symptomer på demenssykdommen og at det er vanskelig å skille de.</li> <li>- Smerte kan være en underliggende årsak til atferdsforstyrrelser (affektive symptom på demens).</li> <li>- Smerter er et flerdimensjonalt aspekt. Smerter er en subjektiv opplevelse noe som viser viktigheten av at vurderingen er personsentrert. Flere artikler konkluderer med anbefalinger om</li> </ul>



	<p>å bruke flere faktorer enn kun et smertekartleggingsverktøy, eksempelvis verktøy i kombinasjon med selvrapportering. Inkludering av familie og venner som står pasienten nært, kan være til god hjelp.</p> <p>Oversiktsartikkelen konkluderer med at det er et vidt gap mellom kunnskapen og implikasjonene i praksis når det kommer til smertekartlegging hos pasienter med avansert demens.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Denne oversiktsartikkelen viser til hvilke kartleggingsverktøy som er i bruk rundt om i verden for å vurdere smerter til pasienter med langtkommen demens. I tillegg viser den til hva som er utfordrende med bruk av disse verktøyene og finner forslag til tiltak for hvordan man som sykepleier kan vurdere smerter, både med hjelp av kartleggingsverktøy og andre viktige faktorer, samt hvordan implementere dette til praksis.
<b>Referanse F</b>	<b>Kappesser, J., Voit, S., Lautenbacher, S., &amp; Hermann, C.</b> (2020). Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain-specific responses? <i>European Journal of Pain</i> , 24(4), 851–862. <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.1536">https://doi.org/10.1002/ejp.1536</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hovedfokuset til studien var å undersøke nonverbal atferd i smertefrie situasjoner og i smertesituasjoner. I tillegg ville de finne ut sammenhengen mellom non-verbal smerteatferd og selvrapportering, og om kognitiv svikt innvirker i denne selvrapporteringsevnen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ observasjonsstudie fra Tyskland. Totalt 34 deltakere med ulik grad av kognitiv svikt deltok i studien. Grad av kognitiv svikt ble avgjort med bruk av verktøyet Mini-Mental State Examination (MMSE). Deltakerne ble tatt video av i tre ulike forhold; i et ikke-smertefullt forhold, under mobilisering, og under et forhold med iskemisk smerte. «The Faces of Pain Scale-Revised» (FPS-R) ble brukt til selvrapportering for pasientene når dette var mulig. Et allerede eksisterende smertekartleggingsverktøy «Pain in impaired cognition, especially dementia» (PAIC) ble brukt som verktøy for å identifisere smerteatferd av en opplært sykepleier og en forfatter.
<b>Resultat</b>	Studien kom frem til at to ansiktsuttrykk (smerteuttrykk og heving av overleppen), en verbal atferd (bruk av smertefulle ord) og en kroppsbevegelse (beskyttende) var spesifikke og valide smerteuttrykk. Nonverbal atferd som rynking av panne og knipe sammen øynene, og mumling verbalt hadde sammenheng med selvrapportering av smerte, men var uspesifikk med tanke på at man ikke kunne skille mellom smertefulle og smertefri øyeblikk. Flere smerteatferd-faktorer ble funnet, men kunne ikke konkluderes med at de bare var smertespesifikke. Funnene fra studien viser at bare fire av 36 faktorer fra smertekartleggingsverktøyet PAIC er pålitelig og valid smerterelatert atferd.

<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien viser til at smertefaktorer som er i smertekartleggingsverktøy ikke nødvendigvis trenger å være smertespesifikke, men kan også ha årsak av andre tilstander. Studien viser til fire smertespesifikke atferder som indikerer smerte hos denne pasientgruppen.
<b>Referanse G</b>	<b>Atee, M., Hoti, K., Chivers, P., &amp; Hughes, J. D. (2022).</b> Faces of Pain in Dementia: Learnings From a Real-World Study Using a Technology-Enabled Pain Assessment Tool. <i>Frontiers in Pain Research</i> , 3(827551). <a href="https://doi.org/10.3389/fpain.2022.827551">https://doi.org/10.3389/fpain.2022.827551</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom tilstedeværelse av spesielle smerterelaterte ansiktsuttrykk, og om faktorer som alder og kjønn har innvirkning på disse hos pasienter med demenssykdom.
<b>Metode</b>	Retrospektivt observasjonsstudie (kvalitativ metode) utført i Australia. Studien tok sted på 34 sykehjem, og to nasjonale demensprogram. Totalt 3144 pasienter med avansert demenssykdom, uten evne til selvrapportering, og 389 helsepersonell (36% sykepleiere) deltok i studien. Smertevurderingssystemet PainChek® ble brukt for å identifisere smerter hos pasientene. PainChek® vurderer 42 faktorer, eksempelvis ansiktsuttrykk, stemme, aktivitet, atferd, og bevegelse, og dette gjøres enten ved stillesitting, rett etter mobilisering eller under en dagligdags aktivitet. For å tilstrebe kompetanse av smertevurderingsverktøyet ble det sikret god opplæring av sykepleiere/helsepersonell i forkant av studien.
<b>Resultat</b>	Totalt ble 22.194 smertevurderinger utført. De største funnene var at å «knipe igjen øynene», «rynke nesen» og «knipe sammen munnen» var de mest brukte ansiktsuttrykkene ved sterke smerter. Forskerne så også «heving av kinn» som smerteuttrykk. Ansiktsuttrykk med bruk av øynene var mer vanlig dess sterkere smerteintensitet, enn uttrykk med bruk av munnen. Det ble ikke funnet noen forskjell med tanke på alder og kjønn.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Dette er så langt den største studien om smertevurdering basert på ansiktsuttrykk hos pasienter med demenssykdom. Studien viser at vurdering av ansiktsuttrykk er en viktig faktor med tanke på smerteidentifisering. Den viser til eksempler på hvilke uttrykk/atferd som er vanligst hos denne pasientgruppen med smerter.
<b>Referanse H</b>	<b>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., &amp; Parsons, C. (2018).</b> "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 33(10), 1346–1354. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a>

<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske ulike helseinstitusjoners bruk av smertekartleggingsverktøy hos terminale pasienter med avansert demenssykdom. I tillegg ville de ha helsepersonells meninger på praksisutvikling og opplæringsbehov innenfor dette området.</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Kvalitativ studie utført i Nord-Irland. Semistrukturerte intervju ble gjennomført med 47 helsepersonell (24 sykepleiere og 23 leger) som hadde erfaring med nevnt pasientgruppe. Deltakerne ble rekruttert fra 10 sykehjem , fem fastlegekontor, seks sykehus og fire hospice i Nord-Irland. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>13 deltakere (11 sykepleiere) svarte at de brukte smertekartleggingsverktøy. Det mest brukte verktøyet var Abbey Pain Scale. Fem deltakere rapporterte at bruk av verktøyet resulterte i raskere gjenkjennelse av smerte, estimert smerte-alvorlighetsgrad og muliggjorde kontinuitet i smertevurdering og behandling. De mente også at kartleggingsverktøyet kunne hjelpe mindre erfarne ansatte å gjenkjenne smerter.</p> <p>34 deltakere (72%) brukte ikke smerte- kartleggingsverktøy, med begrunnelser på tvil angående klinisk nytte av skår og vanskeligheter med tanke på å bruke slike verktøy hos denne pasientgruppen, inkonsekvent bruk og stor variasjon med tanke på hvem som utførte kartleggingen.</p> <p>Deltakerne fremhevet behovet og viktigheten av kontinuerlig opplæring og faglig utvikling innenfor feltet for riktig og forsvarlig smertebehandling til utvalgt pasientgruppe.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b></p>	<p>Studien viser til vanligst brukte smertekartleggingsverktøy, og hvor mange som bruker dem i praksis. Resultatene viser også hvilke meninger helsepersonell har for nytten av kartleggingsverktøyene, samt barrierer for ikke å benytte seg av disse.</p> <p>Studien handler om pasienter med avansert demens i livets slutfase. Jeg velger likevel å inkludere denne studien da smertekartleggingssituasjonen vil ha mange fellestrekk med pasientgruppen jeg har valg ut. Helsepersonellets erfaringer og verktøyene kan også ha overførbarhet til problemstillingen i denne oppgaven.</p>

## 3.2. Tematisk resultat

Under blir resultater fra artiklene sett i sammenheng med hverandre og presentert i ulike hovedtema.

### 3.2.1. Smerteuttrykk hos pasienter med langtkommen demenssykdom

Flere av de utvalgte studiene viste til at pasienter med langtkommen demenssykdom oftest uttrykte smerter gjennom ansiktsuttrykk, kroppsspråk og nonverbal-atferd (Atee et al., 2022; Felton et al., 2021; Kappesser et al., 2020; Morrison et al., 2020). I oversiktsstudien til Felton et al. (2021) kom det frem at atferdsfaktorer ofte var viktigere enn selvrappotering hos denne utvalgte pasientgruppen. Atferdsfaktorene kunne blant annet vises som ansiktsgrimaser, verbal «stønning» og «gyngende» bevegelse. Endringer i pasientens daglige mønster (eksempelvis søvn), endring i mental status, og endring av personlighet (eksempelvis aggresjon), ble også vist til å være indikatorer for smerter. Sammenheng mellom smerter, aggresjon og andre psykosesyntomer ble også funnet i Husebo et al. (2022) og Habiger et al. (2021) sine studier. Hovedfunnet i begge disse studiene var at atferdsendringer og endring i agitasjonsnivå hos pasienten kunne oppstå ved endret smertenivå.

I Morrison et al. (2020) sin studie ble det vist til forskjellig atferd ut fra hvilket stadium av kognitiv svikt pasienten befant seg på. Funnene viste at det oftere ble dokumentert om verbale smerteuttrykk hos pasienter i et mildt stadiet enn de med moderat/alvorlig kognitiv svikt. Disse pasientene hadde også oftere evnen til selvrappotering av smerter. Hos pasienter med moderat/alvorlig kognitiv svikt ble det oftere observert ulike ansiktsgrimaser, non-verbale utsagn og beskyttende bevegelser som smerteindikatorer. Kappesser et al. (2020) viste også disse funnene. Samtidig observerte studien mange aktuelle smerteuttrykk, hvorav ansiktsgrimaser og «heving av overleppen» var de to vanligste ansiktsuttrykkene som også ble funnet som spesifikke smerteindikatorer. Beskyttende kroppsbevegelse og bruk av verbale smerteord ble også vurdert som smerteindikatorer (Kappesser et al., 2020).

Øvre del av ansiktet ble funnet som det området med mest smerteuttrykk ved moderate til sterke smerter. Ved disse smerteintensitetene ble uttrykk med øynene funnet oftere enn munnbevegelser (Atee et al., 2022). Eksempelvis var «å knipe sammen/smalle øynene», øybevegelser som kunne indikere smerte. Å «knipe sammen munnen», og «rynke nesen» ble også funnet som indikatorer ved sterke smerter. «Heving av kinn» ble i denne studien observert ved lavere smerteintensitet.

### 3.2.2. Kartleggingsverktøy til vurdering av smerter

I to av de inkluderte studiene ble det gjort funn av flere smertekartleggingsverktøy (Felton et al., 2021; Kappesser et al., 2020). Felton et al. (2021) sin oversiktsstudie viste til 17 smertekartleggingsverktøy omkring verden som kan brukes til pasienter med avansert demenssykdom. Eksempel på de mest brukte var PACSLAC og PAINAD, videre MOBID-2 og The Abbey Pain Scale. Studien gjorde funn av viktigheten av god informasjon og undervisning av smertekartleggingsverktøyene før det tas i bruk. Det ble funnet at smertekartleggingsverktøy er utviklet som et tilleggsverktøy for å vurdere smerter, og måtte ses i sammenheng med andre faktorer som selvrappotering, affektive symptomer

og andre atferdsindikatorer. Inkludering av familie og venner som står pasienten nært ble funnet som et nyttig tiltak for å gjøre smertekartleggingen mer personsentrert.

I studien til Kappesser et al. (2020) ble smertekartleggingsverktøyet «Pain assessment in impaired cognition» (PAIC) valgt ut for å identifisere smerteindikatorer fra et allerede eksisterende smertekartleggingsverktøy. Gjennom studien ble det gjort funn at bare fire av 36 faktorer i smertekartleggingsverktøyet var pålitelig og valid i sammenheng med smerterelatert atferd. De fire indikatorene var; ansiktsgrimaser, «heving av overleppen», verbale utsagn av smerterelaterte ord og beskyttende bevegelse.

### 3.2.3. Sammenheng mellom demenssymptomer og smertemarkører

To av de inkluderte studiene viste funn til utfordringer med tanke på smertemarkører som kan tolkes som en del av demenssykdommen (Habiger et al., 2021; Husebo et al., 2022). I Habiger et al. (2021) sin studie viste resultatene at det var sammenheng mellom endring av psykosesymptomer og smerter. Vrangforestillinger, agitasjon, depresjon, angst, eufori/glede, hemninger, irritabilitet, avvikende motorisk bevegelse, søvnforstyrrelser, og appetittforstyrrelser var atferd som inngikk i psykosesymptomer som hadde sammenheng med smerter.

Husebo et al. (2022) understreker i sin studie at det er en stor sammenheng mellom smerter og agitasjon. Studien viste at når smerteintensiteten økte/reduerte, fulgte agitasjonsnivået parallelt. Agitasjon og atferdsforstyrrelser kunne ikke alene ses som et smertesymptom, men endringer i atferdsmønsteret og agitasjonsnivå kunne forklare en endret smertetilstand. Kappesser et al. (2020) sine funn viste utfordringer med å skille smertesymptomer og symptomer på andre tilstander. Flere av symptomene som kan indikere smerter ble i denne studien vurdert til å alene ikke være et symptom på smerte.

### 3.2.4. Sykepleiers erfaringer med smertekartlegging til pasienter med demenssykdom

Studiene til De Witt Jansen et al. (2018) og Zwakhalen et al. (2018) viser til erfaringer blant helsepersonell som jobber med pasienter med langtkommen demenssykdom. Begge studiene viser til at bare et fåtall benytter seg av de smertekartleggingsverktøy som finnes (De Witt Jansen et al., 2018; Zwakhalen et al., 2018). Ifølge studien til De Witt Jansen et al. (2018) var helsepersonell i tvil om den kliniske nytten av et slik verktøy. I tillegg rapporterte deltakerne at det ble store variasjoner ut fra hvem som utførte kartleggingen, og at det derfor ble en inkonsekvent bruk. Lignende funn ble fremvist av Zwakhalen et al. (2018), hvor begrunnelsene av lite bruk var usikkerhet rundt observasjonene og feiltolkninger, forvirrende resultat, og mangel på kompetanse, tid til utførelse og verktøy.

Deltakerne i De Witt Jansen et al. (2018) og Felton et al. (2021) sine studier viste viktigheten av kontinuerlig opplæring, utdanning og faglig utvikling innenfor feltet. Bevisstheten rundt smertetilstander, kunnskap og erfaring, og gode rammer for smertebehandling var noen av mulighetene som helsepersonell mente at god implementering av smertekartleggingsverktøy kunne føre til (Zwakhalen et al., 2018).

## 4. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil de presenterte resultatene drøftes opp mot teori, forskning, og egne erfaringer. Resultatdiskusjonen blir delt opp i tre hovedkapittel. Videre gjøres en metodediskusjon med utgangspunkt i styrker og svakheter med litteraturstudien. Implikasjoner for sykepleiepraksis integreres underveis i diskusjonskapitlet. Konklusjonen kommer avslutningsvis på oppgaven. Problemstillingen som skal diskuteres er;

*«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom?»*

### 4.1. Utfordringer ved smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demenssykdom

Smerter er utfordrende å kartlegge hos pasienter med langtkommen demenssykdom. En stor grunn til dette er sykdommens kognitive påvirkning av den språklige evnen, som gjør at pasienten selv ikke evner å rapportere smerte (Torvik & Bjøro, 2014, s. 397). Likevel har pasientgruppen, på lik linje som andre pasienter, krav til tilstrekkelig og omsorgsfull hjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a). Videre blir likheten mellom smertesymptomer og demenssymptomer, samt utfordringer rundt ulik observasjonsevne diskutert.

#### 4.1.1. Har sykepleiere kompetanse til å skille mellom demenssymptomer og smertesymptomer?

Symptomer på smerte og demenssymptomer har mange likhetstrekk (Habiger et al., 2021; Husebo et al., 2022). En konsekvens av dette kan være at sykepleiere feiltolker smertesymptomene pasienten uttrykker, som symptomer på demenssykdommen. Eksempelvis er svekket emosjonell kontroll et av kriteriene for å få stilt diagnosen demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). På en annen side kan også svekket emosjonell kontroll ha sammenheng med smertetilstander. Husebo et al. (2022) viser til stor sammenheng mellom smerter og agitasjon. Funnene deres viste at nivået av agitasjon endret seg ettersom smerteintensiteten også økte eller ble redusert. Dette vil si at atferdsforstyrrelser og agitasjon kan være en del av demenssykdommen, men også komme av endring i smerteintensitet. Dette fenomenet underbygges av Habiger et al. (2021) som viser at også andre psykosesymptomer, som eksempelvis depresjon, angst, irritabilitet, og søvn- og appetittforstyrrelser, har sammenheng med smerter. Forekomsten av psykiske symptomer og atferdsforstyrrelser øker og er egentlig en sentral del av demenssykdommen etter hvert som den utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.417).

I tidligere praksis har jeg selv erfart på denne utfordringen. Jeg har rapportert til helsepersonell om ulike uttrykk og utfordrende atferd pasienter har gitt meg i løpet av en vakt. Tilbake har jeg fått svar som «dette er helt normalt...», eller «det er bare slik sykdommen er...». Ingen har løftet spørsmålet om atferden kan være tegn til smerter. Dette viser viktigheten av tilstrekkelig sykepleiekompetanse innenfor demensomsorgen og

smerteproblematikk, og at dette er helt grunnleggende for å kunne skille de ulike symptomene. Det stilles også krav av Helsedirektoratet (2020) at helsepersonell som jobber med pasienter med demens skal kunne tolke og forstå utfordrende atferd som et forsøk på å kommunisere sine behov.

Morrison et al. (2020) sin studie viste betydelig mindre dokumentasjon av smerter i pasientjournaler til pasienter med langtkommen kognitiv svikt enn ved mildere nivå. Journaldokumentasjonen samsvarer ikke med funn av antallet pasienter som har smerter i studier. Som nevnt innledningsvis viser studier at opptil 2/3 av sykehjemsbeboere med demens har smerter (Helvik et al., 2021; Rostad et al., 2019). Dette antallet er et gjennomsnittlig omtrentlig antall, og må ses i lys at ikke alle sykehjemsbeboere som lever med kognitiv svikt får utredet diagnosen demens. Denne utilstrekkelige utredningen kan ses på som en utfordring med tanke på at sykehjemsbeboere blir plassert på områder hvor de kan få den riktige kompetansen. Riktig kompetanse er sentralt for å kunne gi hensiktsmessig omsorg og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette vil si at dersom pasientene ikke har fått utredning for demens, blir de ikke plassert på områder hvor kompetansen finnes. Demensplanen 2025 har et mål om å fortsette arbeidet med økt utredning og behandling innenfor demens. Riktig plassering av pasienter i forhold til kompetanse vil føre til et bedre utgangspunkt for blant annet å gjenkjenne/skille smertesymptomer fra symptomer på demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Likevel viser flere av resultatene at sykepleiere som jobber med sykehjemsbeboere med langtkommen demens ikke føler de har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å vurdere smerter hos pasientgruppen. Dette kan være grunnen til den minimale journaldokumentasjonen av smerter til pasientgruppen (De Witt Jansen et al., 2018; Felton et al., 2021; Zwakhalen et al., 2018).

Utfordringer med smertesymptomer er at de også kan være lik andre tilstander. Kappesser et al. (2020) gjorde funn av fire indikatorer/uttrykk som var smertespesifikke. Dette var ansiktsgrimaser, «heving av overleppen», verbale utsagn av smerterelaterte ord og beskyttende kroppsbevegelse. Andre uttrykk som kunne indikere smerte var ikke spesifikke nok, og kunne derfor vurderes som en del av andre tilstander. Dette viser at det er sykepleierens kliniske blikk og observasjonsevne som er avgjørende for å vurdere den sammenfattede tilstanden til pasienten (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23).

#### 4.1.2. Observasjon som arbeidsredskap for kartlegging av smerter

Som følge av redusert selvrapporteringsevne hos pasienter med langtkommen demenssykdom, legges det press på sykepleiers kompetanse i oppdagelse av smerter, da med utgangspunkt i observasjonsevnen (Torvik & Bjøro, 2014, s. 397). Skaug (2016, s.351) beskriver at i noen situasjoner vil enkeltstående observasjoner være tilstrekkelig for indikasjon på en bestemt tilstand. Andre ganger må man se sammenhenger mellom flere observasjoner for at det skal kunne gi en helhetlig mening. Rundt smertekartlegging ser man gjennom forrige kapitels diskusjon at flere observasjoner gjerne er nødvendig for å kunne få et klart overblikk over smertetilstanden.

Observasjoner og nonverbal kommunikasjon er avgjørende for smertevurderingene hos pasienter med langtkommen demenssykdom (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23). Dette samsvarer med resultater fra de utvalgte artiklene, hvor det kom frem at ansiktsuttrykk, kroppsspråk og nonverbal-atferd var vanlige uttrykksmåter for denne pasientgruppen (Atee et al., 2022; Felton et al., 2021; Kappesser et al., 2020; Morrison et

al., 2020). Felton et al. (2021) viste til observasjon av ansiktsgrimaser, verbal «stønning» og «gyngende» bevegelse som smerteindikatorer. Det ble også fremhevet at endringer i pasienten sitt daglige mønster, kunne indikere smertetilstander. Dette stemmer overens med min praksiserfaring, hvor søvnnivået til en pasient endret seg over en periode. Ved senere observasjoner, oppdaget helsepersonell at pasienten viste små tegn til ansiktsgrimaser ved mobilisering. Det ble derfor startet opp smertebehandling til pasienten, som også resulterte i at pasientens søvnkvalitet bedret seg på kort tid. Dette viser at observasjoner ikke bare må gjøres her-og-nå, men som en kontinuerlig prosess med sammenligning av tilstand over tid (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23).

Atee et al. (2022) sine funn belyser at smerteuttrykk hos pasienter med langtkommen demenssykdom ofte vises gjennom ansiktsuttrykk. Eksempelvis gjennom å «smale/lukke øynene», «rynke på nesen», og/eller «knipe sammen munnen». Ved mindre smerteintensitet kunne også «heving av kinn» observeres. Mine praksiserfaringer er at smertevurderinger må tas kontinuerlig med andre oppgaver i et høyt tempo, som også ble vist i Zwakhalen et al. (2018) sin studie. Observasjoner av ansiktsuttrykk kan bli utfordrende i en situasjon hvor sykepleier eksempelvis står ved siden av pasienten i stellesituasjon, eller bak i mobiliseringssituasjoner. Dette kan være de situasjonene pasienten særlig føler på smerter, ettersom smerter hos eldre ofte forekommer fra muskel- og skjelettsystemet (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Kappesser et al. (2020) viser at en smerteopplevelse også kan vises gjennom beskyttende kroppsbevegelse. Dette kan understøttes med funn fra Morrison et al. (2020) og Felton et al. (2021) sine studier. Samlet viste de tre studiene også at verbale uttrykk kunne indikere smerter, blant annet gjennom verbal «stønning» eller andre «non-verbale-utsagn». Uavhengig av hvor mange signal/uttrykk pasienten sender, avhenger likevel oppdagelsen på sykepleierens observasjonsevne (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 23). Dersom sykepleier ikke er oppmerksom og får med seg smerteuttrykket til pasienten, blir det heller ikke oppdaget, og smertebehandling blir ikke igangsatt.

Hvordan observasjonene blir tatt inn og tolket av sykepleiere, er individuelt. Dette gjør at samme observasjon kan føre til ulike tolkninger. Ulik tolkning kan komme av at sykepleierne står med ulik kompetanse. Eksempelvis kan én sykepleier ha mer erfaring med pasientgruppen enn en annen (Skaug, 2016, s. 352–354). Sykepleiers tolkninger baseres på egne erfaringer, kunnskap og skjønn (Danielsen et al., 2016, s. 382). Dette samsvarer med Kari Martinsens omsorgsteori. Hun mener at alle sykepleiehandlinger skal baseres fra erfaring og klinisk skjønn (Martinsen, 1989, s. 78). Dette vil si at utgangspunktet for observasjon og smertekartlegging vil avhenge av hvilken sykepleier som er på vakt. Videre vil dette kunne gi forskjellig utgangspunkt for videre smertebehandling.



## 4.2. Smerte som subjektiv følelse versus instrumentell tilnærming

Kan sykepleiere egentlig måle graden av smerte hos pasienter? Danielsen et al. (2016, s.383) beskriver at smerte er det personen selv føler og sier det er. Uavhengig av sykepleierens kompetanse, kunnskap eller evne til innlevelse, er ikke dette en følelse de kan bestemme over eller mene hvordan oppleves for pasienten. Sykepleiere må altså akseptere at det er pasienten som er autoriteten (Danielsen et al., 2016, s. 382). Pasienter med langtkommen demenssykdom, som ikke har de språklige ferdighetene til å selvrappotere egen smerte, er på en annen side likevel avhengig av at sykepleier er tilstede og kan tolke non-verbale uttrykk. Ulempen med dette er som vist i forrige kapittel, at uttrykkene kan tolkes forskjellig. De som kjenner pasienten best, utenom pasienten selv, er pårørende, som har levd et liv sammen med pasienten før han/hun ble syk. De har kanskje også en bedre individualistisk forståelse for hvordan pasienten uttrykker seg, atferd og smertetoleranse, og har kunnskap dersom det eventuelt skulle være andre kulturelle uttrykksformer. Inkludering av pårørende kan derfor ha en gunstig effekt i smertekartleggingen, og gi en personsentrert smertevurdering (Felton et al., 2021; Torvik & Bjøro, 2014, s. 293).

Ettersom uttrykksmåten til pasienten utvikles parallelt med sykdomsutviklingen, kan det også for pårørende være vanskelig å forstå pasienten (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). Til hjelp for å oppdage endringer i pasientens helsetilstand, derav smerter, er det utviklet kartleggingsverktøy (Grønseth & Nortvedt, 2016, s.31). Et kartleggingsverktøy kan brukes som en videreutvikling på faglig skjønn for å få et mer helhetlig bilde av pasientens tilstand. Dette vil kunne bidra til bedre beslutninger, som i denne sammenhengen vil ha effekt på smertebehandling (Grønseth & Nortvedt, 2016, s.29).

En viktig ettertanke med kartleggingsverktøy generelt, er at de er utprøvd på gruppenivå, og ikke individnivå (Torvik & Bjøro, 2014, s. 399). De er derfor ikke individtilpasset, noe som ikke utelukker at det fins andre faktorer som er smerterelaterte i forhold til den enkelte pasient. På en annen side kan det også være motsatt, med at smerteindikatorer oppført på smertekartleggingsverktøy, ikke er smertespesifikke (Kappesser et al., 2020). Viktigheten av å velge et smertekartleggingsverktøy som passer pasientens funksjonelle og kognitive evner, som også sykepleieren behersker, er essensielt for at kartleggingen skal kunne gjøres enklest mulig. I tillegg bør sykepleiere være konsekvent når de først har startet å kartlegge smerter med et kartleggingsverktøy, for å kunne vurdere smerter over tid (Torvik & Bjøro, 2014, s. 395).

På sykepleierstudiet har vi lært mye om selvrappoteringsverktøy i forhold til smerter, men kunnskapen om andre smertekartleggingsverktøy er minimal. Uavhengig av de ulike tilgjengelig hjelpemidler, har sykepleiere uansett begrensede muligheter for å kunne måle graden av den subjektive smerten (Skaug, 2016, s. 351). Gjennom bruk av smertekartleggingsverktøy blir pasienten sett fra avstand. Mange sykepleiere viser redsel ved at verktøyene kan hindre den personlige kontakten de har med pasientene, og at de låser seg fast i observasjonene i skjemaet (Zwakhalen et al., 2018). Et smertekartleggingsverktøy kan også skygge over den subjektive opplevelsen med smerte, da man i verktøyet ikke har mulighet til å komme med egne preferanser, men heller følge en standardisert mal. Ettertanke at smertekartleggingsverktøyet er et hjelpeverktøy, og at man må se helhetsbildet i samhandling med pasienten, er viktig (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 29).

### 4.3. Hvorfor er det «ingen» som bruker smertekartleggingsverktøy?

Mellom 58-72% av sykepleierne som er inkludert i utvalgte studier rapporterte at de ikke brukte smertekartleggingsverktøy (Zwakhale et al., 2018; De Witt Jansen et al., 2018). Dette, sammen med mine praksiserfaringer, viser at smertekartleggingsverktøy er minimalt i bruk. I dette kapitlet diskuteres sykepleierens erfaring med smertekartleggingsverktøy, og barrierer for å ta i bruk disse verktøyene gjennom to faktorer; kompetanse og ressurser.

#### 4.3.1. Sykepleiers kompetanse

Sykepleie skal til enhver tid praktiseres kunnskapsbasert. I tillegg skal man som sykepleier holde seg faglig oppdatert innenfor forskning og fagutvikling (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette viser viktigheten av kompetanse innenfor demensomsorgen. Derav kompetanse til å vurdere hva som er kjennetegnene hos pasienter med demens og hva som skal til for at pasientgruppen får tilstrekkelig behandling. I utvalgte studier kommer det frem at sykepleiere føler seg lite kompetent og at de har for lite kunnskap om pasienter med langtkommen demenssykdom (De Witt Jansen et al., 2018; Felton et al., 2021; Zwakhale et al., 2018). Det er også av denne grunn at de heller ikke tar opp problemstillingen med å kartlegge smerter hos pasientgruppen. Redsel for feiltolkning av symptom stod som den største forklaringen hos flere av sykepleierne (Zwakhale et al., 2018).

En viktig faktor for å kunne ta i bruk et smertekartleggingsverktøy, er at sykepleierne stoler nok på seg selv og sine kunnskaper, observasjoner og vurderinger. Et smertekartleggingsverktøy er som nevnt bare et hjelpeverktøy, og sykepleierens egne observasjoner er en viktig del av den samlede vurderingen (Grønseth & Nortvedt, 2016, s.28). Dette vil si at sykepleier bør knytte sine egne vurderinger opp mot funn i et eventuelt smertekartleggingsverktøy.

Et smertekartleggingsverktøy som hjelpemiddel skal kunne hjelpe sykepleierne til å samle inn objektive data som kan være med å kartlegge pasientens smertenivå (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 28). En liten prosentandel av resultatene viste sykepleiere som brukte smertekartleggingsverktøy i møte med pasienter med langtkommen demenssykdom. Større bevissthet og gjenkjennelse av smerter og smertenivå var muligheter smertekartleggingsverktøyene kunne bidra med ifølge sykepleierne. Dette kunne gi gode rammer for kontinuitet i smertevurdering og gode vilkår for optimal smertebehandling. (De Witt Jansen et al., 2018; Zwakhale et al., 2018). Bruk av et smertekartleggingsverktøy kan også hjelpe mindre erfarne helsepersonell med å gjenkjenne smerter (De Witt Jansen et al., 2018).

Det som derimot også kom fram av Zwakhale et al. (2018), var sykepleiere som mente observasjonene i smertekartleggingsverktøyene var uklare, og at de følte de fikk forvirrende resultat. Dette fikk dem også til å tvile på om smertekartleggingsverktøyene viste pålitelighet og gyldighet. Tvilen om den kliniske nytten underbygges også av De Witt Jansen et al. (2018) som gjorde funn på store variasjoner av resultater i kartleggingen ut fra hvem som utførte den. Dette førte til inkonsekvent bruk.

Nasjonal faglig retningslinje for demens belyser viktigheten av tilstrekkelig opplæring og internundervisning til alle ansatte som jobber med pasienter med langtkommen demenssykdom. Opplæring og undervisning vil føre til kompetanseutvikling innenfor fagfeltet og være med å forsterke den personsentrerte omsorgen og behandlingen til pasientgruppen. Dette er en kontinuerlig prosess som fremhever viktigheten av en tydelig ledelse som støtter og legger til rette for sine ansatte (Helsedirektoratet, 2020). Øvelser innenfor symptomgjenkjenning og gjennomgang i bruk av smertekartleggingsverktøy var eksempel på praktiske tiltak sykepleiere ytrer ønske om (De Witt Jansen et al., 2018; Felton et al., 2021).

Kari Martinsen (1989, s.78) tar opp konflikten mellom erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap. Hun mener at sykepleiere skal handle ut fra praktiske ferdigheter og erfaring, mer enn teoretisk kunnskap. Hun belyser at godt klinisk skjønn er det sykepleiehandlinger bør baseres på. Dette kan belyses gjennom De Witt Jansen et al. (2019) og Zwakhalen et al. (2018) som gjorde funn av sykepleiere som hadde implementert funn av forskning inn i virksomheten. Sykepleierne hadde tatt i bruk smertekartleggingsverktøy, men erfaringsmessig følt at de var svært mangelfulle med tanke på opplysninger som skulle observeres. Sykepleierne hadde altså større erfaringsmessig kunnskap enn det smertekartleggingsverktøyet ga av hjelp. I tillegg ytret sykepleierne at det ble større avstand til pasienten, og at fokuset gikk mer fra det åpne kliniske blikket, til et lukket blick av resultatene på skjemaet. Den erfaringsmessige kunnskapen tok overhånd, og de gikk dermed mer bort fra den forskningsbaserte kunnskapen.

#### 4.3.2. Manglende ressurser

Utfordringer med å jobbe kunnskapsbasert er særlig med tanke på å innhente ny forskning og kunnskap, og implementere dette til praksis. Sykepleierne blir med andre ord «stående fast» i gammel kunnskap. Ressurser som tid og nok bemanning er noen avgjørende faktorer. Dette vises gjennom tidspress og lav bemanning, som er et stort dilemma innenfor sykepleiepraksisen, som videre har konsekvenser på smertekartleggingen til pasientene (Danielsen et al., 2016, s.383; Zwakhalen et al., 2018).

På sykepleiestudiet lærer vi om sykepleieteoretikere og deres ideologier for hvordan sykepleiefaget skal være bygget opp. Kari Martinsens teorier bygger på idealet om den lyttende og gode sykepleieren som gjør «alt» for pasientene sine, uansett hvor lang tid det måtte ta. Dette for å gjøre det så godt som mulig for pasienten i her-og-nå situasjon (Martinsen, 1989, s. 78). Denne ideologien skaper en avstand til hvordan sykepleierrollen er i praksis. Som sykepleierstudent har jeg ofte erfart på denne avstanden. Ressursene strekker ikke til, og sykepleiere har ikke mulighet til å la «omsorgen ta den tiden det tar». Sykepleierne står under et skyhøyt press med både lav bemanning, få faglærte og tidspress (Zwakhalen et al., 2018). Med tidspress og stress, vil det også si at det blir mindre ro til å få gjort gode observasjoner som kan brukes i smertekartleggingen. Dette er i konflikt med viktigheten ro har på pasienter med langtkommen demenssykdom. Kommunikasjon og det å lytte og forsøke å forstå denne pasientgruppen krever tålmodighet og god nok tid til å få satt seg inn i situasjonen (Eide & Eide, 2016, s. 384). Tid er også viktig med tanke på at pasienten skal ha mulighet til å uttrykke sine følelser, uten å bli stresset av sykepleieren (Torvik & Bjøro, 2014, s. 394).

Tids- og bemanningspresset er ikke enkelt å løse, men sykepleiere kan fortsatt tilstrebe gode rutiner hvorav gjøre smertekartlegging mer effektiv og få det inn i arbeidsdagens gjøremål. Undervisning kan effektivisere og gjøre smertekartlegging mindre ressurskrevende ved at sykepleierne innehar mer kunnskap. Sykepleierne blir også tryggere, som vil være tidsbesparende. Å lette tilgangen til eksisterende smertekartleggingsverktøy vil gjøre til at sykepleiere også tar disse mer i bruk (Felton et al., 2021; Zwakhalen et al., 2018).

#### 4.4. Metoderefleksjon

I denne delen skal jeg diskutere styrker og svakheter ved litteraturstudiet. I metodekapittelet har jeg basert meg på Dalland (2020), Forsberg og Wengström (2013) og Evans (2002) i arbeidet med å analysere og trekke ut hovedtema av forskningsartikler. Litteraturstudiet er utarbeidet med en god kombinasjon av kvantitative og kvalitative forskningsartikler, samt en oversiktsstudie. Dette kan ses på som en styrke med oppgaven, da det blant annet viser statistikker med konkrete tall over ulike data (kvantitativ), samt at man får innblikk i sykepleieres opplevelser og meninger (kvalitativ) (Dalland, 2020, s.54). Ved å bruke kombinerte metoder kan dette gi en mer helhetlig forståelse av temaet, og styrke tilliten til konklusjonen (Andersen, 2017).

Denne litteraturstudien bygges på ny, oppdatert kunnskap, som er innenfor et femårsperspektiv. Dette kan vises til å være en styrke som viser pågående og dagsaktuell forskning, med oppdaterte funn fra nåværende samfunn. På en annen side, kan det også være en svakhet da eldre forskning ble ekskludert. Eldre studier kunne hatt interessante funn, som hadde ført til andre diskusjonstema for min problemstilling.

En annen styrke var at det ble gjort søk i flere databaser som gjorde til at jeg fikk et større omfang av forskningsartikler. Flesteparten av studiene kommer fra land i Europa, derav flere norske, men jeg inkluderte også studier fra USA og Australia. Ut fra problemstillingen, hadde alle studiene god overførbarhet til norske forhold, ettersom sykdommen og hva man kartlegger hos pasientene ikke endrer seg fra land til land, men heller er individbasert. Meninger og forhold rundt ressurser måtte ses kritisk på i forhold til overførbarheten, ettersom det forekommer ulike menneskesyn, religion og etikk fra ulike land. Likevel kan det være en styrke at dette er en aktuell problemstilling i flere land, som kan gjøre at man får et sammenfattet og mangfoldig resultat med flere ideer til smertekartleggingen. En ettertanke er at resultatene vil variere ettersom hvilke pasienter som er inneliggende og deltar i studiene på tidspunktet studiene blir gjennomført. Studiene er oversatt fra engelsk til norsk, noe som kan være en svakhet ettersom det kan ha forekommet mistolkninger og mindre feil i oversettingen.

I de fleste inkluderte artiklene blir det sett på helsepersonell som en hel gruppe, og ikke spesifikt sykepleiere. Liknende problemstilling gjelder med tanke på at ikke alle artiklene tar for seg sykehjem spesielt, men samler funn fra ulike helseinstitusjoner. Som følge av at artiklene beskriver prosentandel av sykepleiere og sykehjem som har deltatt i studiene, gjorde det at jeg likevel kunne trekke ut sykepleieperspektivet og hvordan forholdene er på sykehjem.

## 4.5. Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg gått dypere inn på hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demenssykdom. Oppgaven belyser et dagsaktuelt problem, hvor pasientgruppen er underdiagnostisert i forhold til smerte-problematikk.

Gjennom oppgaven er det funnet at sykepleier kan kartlegge smerter hos denne pasientgruppen gjennom observasjoner av ansiktsuttrykk, kroppsspråk og non-verbal atferd. Observasjonene må ses i sammenheng med hverandre for å kunne skille de fra eventuelle andre tilstander med liknende symptomer. Smerter kan også oppdages gjennom endringer av det dagligdagse mønsteret til pasienten, samt påvirkning av grunnleggende behov. Observasjoner og kartlegging av smertesymptomer tar tid. Ressursene må derfor ligge til rette for at smertekartleggingen skal kunne gjennomføres. Faktorer som tid og tilstrekkelig bemanning er funnet viktig, samt lett tilgjengelighet av ny kunnskap. Samlet danner dette bedre grunnlag for at sykepleiere utøver kunnskapsbasert praksis.

Siden dette er en utfordrende pasientgruppe å kartlegge smerter hos, er det desto viktigere å sette seg inn i, og søke etter ny kunnskap som kan implementeres i praksis. Smertekartleggingsverktøy er utarbeidet, og kan være til god hjelp i tillegg til egne observasjoner og klinisk skjønn. Viktigheten av en personsentrert tilnærming belyses gjennom oppgaven. For at sykepleiere skal føle seg trygge i bruken av smertekartleggingsverktøy, er god opplæring og internundervisning funnet viktig. Kompetanse og kontinuerlig faglig oppdatering innenfor demensomsorgen er avgjørende for om pasientgruppen får tilstrekkelig oppfølging og behandling. Det må også være et ønske fra sykepleierne å delta aktivt i søken etter ny kunnskap. En viktig ettertanke er at smerter er en subjektiv følelse, og at sykepleiere derfor bare kan anta og tolke hvordan følelsen er for pasienten.

Ut fra resultatene i denne litteraturstudien, ser man et voksende engasjement for problemstillingen de siste årene. Det oppdages likevel mangler som baseres på at det ikke finnes et godt utarbeidet smertekartleggingsverktøy som både er brukervennlig, lett tilgjengelig og som kan fange opp spesifikke smertetilstander hos pasientgruppen. I tillegg belyser oppgaven at kompetansen til sykepleiere på sykehjem bør økes. Å øke kunnskap og den kliniske kompetansen kan være med å øke antallet av sykehjemsbeboerne som får kartlagt smerter og starter opp med smertebehandling. Dette for videre øke pasientens følelse av velvære, og livskvalitet.

# Referanser

- Andersen, J. (2017, 27. desember). «Mixed methods»-design i helseforskning. 105(64738), e-64738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Atee, M., Hoti, K., Chivers, P., & Hughes, J. D. (2022). Faces of Pain in Dementia: Learnings From a Real-World Study Using a Technology-Enabled Pain Assessment Tool. *Frontiers in Pain Research*, 3(827551). <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.827551>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–427). Gyldendal Akademisk.
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi.org/10.1002/gps.4931>
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S.-J., Hodgson, M., & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics*, 6(4), 101. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Natur & Kultur.
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M., & Selb, G. (2020). Forekomst av demens i Norge. *Aldring og helse - Nasjonal kompetansesenter*, 1–36.

- Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17–37). Gyldendal Akademisk.
- Habiger, T. F., Achterberg, W. P., Flo-Groeneboom, E., Mannseth, J., & Husebo, B. S. (2021). Managing Pain and Psychosis Symptoms in Nursing Home Patients: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(8), 1692–1698.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.008>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 265–283). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 2. desember). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *FinnKode—Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk—ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY*. Hentet 2. april 2022, fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596288>
- Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Lindrende behandling til personer med demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2020, 17. desember). Nasjonal faglig retningslinje om demens. *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44): Bd. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Helvik, A.-S., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Husebo, B. S., & Tevik, K. (2021). Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>
- Husebo, B. S., Vislapuu, M., Cyndecka, M. A., Mustafa, M., & Patrascu, M. (2022). Understanding Pain and Agitation Through System Analysis Algorithms in People With Dementia. A Novel Explorative Approach by the DIGI.PAIN Study. *Frontiers in Pain Research*, 3(847578). <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.847578>
- IASP. (2020). *Terminology* | *International Association for the Study of Pain*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kappesser, J., Voit, S., Lautenbacher, S., & Hermann, C. (2020). Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain-specific responses? *European Journal of Pain*, 24(4), 851–862. <https://doi.org/10.1002/ejp.1536>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie -fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleie—Fag og funksjon*. (3. utg., s. 15–27). Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. TANO.
- Morrison, R. A., Jesdale, B. M., Dubé, C. E., Nunes, A. P., Bova, C. A., Liu, S.-H., & Lapane, K. L. (2020). Differences in Staff-Assessed Pain Behaviors among Newly Admitted Nursing Home Residents by Level of Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(3), 243–251. <https://doi.org/10.1159/000508096>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63): Bd. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrud, L. (2019). *Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter*. 14(79184), e-79184. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>



- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 336–376). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- 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). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Zwakhalen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N., & Schofield, P. (2018). Pain in older adults with dementia. *Der Schmerz*, 32(5), 364–373. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0290-x>

