

Ida Sørkjerd (10041)  
Kristina Berge Pettersen (10220)

## Smertevurdering til eldre med langtkommen demens

Hvordan kan sykepleiere sikre god smertelindring til eldre med langtkommen demens?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7632

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2023



Ida Sørkjerd (10041)  
Kristina Berge Pettersen (10220)

## **Smertevurdering til eldre med langtkommen demens**

Hvordan kan sykepleiere sikre god smertelindring til  
eldre med langtkommen demens?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7632

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** I årene fremover ventes det en økning i andel eldre med langtkommen demens, og i sammenheng med økende alder følger ofte smerte. Eldre med langtkommen demens er utsatt for underbehandling av smerter, fordi de mister evnen til å selvrappportere. Det kreves derfor god observasjonskompetanse hos sykepleiere, som også må kunne kombineres med kunnskaper om sykdommen.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å avdekke eksisterende forskning som kunne belyse hvordan sykepleiere kan sikre god smertevurdering til eldre med langtkommen demens.

**Metode:** Et litteraturstudium gjennomført med strukturerte søk i Cinahl, PubMed og Web of Science. Det ble valgt ni artikler.

**Resultat:** Forskningen inkludert i studien ga oss fire ulike hovedtemaer. Vi fant at det kan knyttes ulike barrierer til smertevurdering med hensyn til eldre med demens, sykepleierne og til institusjonene. Sykepleiere opplever at vurdering av smerte til eldre med langtkommen demens er utfordrende, som ofte knyttes til manglende erfaring og kunnskap. Videre ble det vist at demensspesifikke smertekartleggingsverktøy kan være et hjelpemiddel som bidrar til bedre vurderinger. Forskningen har også vist at underbehandling av smerte fører til nedsatt livskvalitet, mindre selvstendighet og nevropsykiatriske symptomer.

**Konklusjon:** Smerte er et aktuelt problem for eldre med langtkommen demens, og ofte blir det underbehandlet. Sykepleiere må ha et tydelig fokus på at endringer i atferd kan knyttes til smerter, og demensspesifikke smertekartleggingsverktøy bør i større grad benyttes. Likevel må sykepleiere også ta hensyn til at smerte er en subjektiv erfaring.

# Abstract

**Background:** In the coming years, an increase in the proportion of elderly people with advanced dementia is expected, and in the context of increasing age, pain often follows. Elderly people with advanced dementia are exposed to a practice which undertreats their pain, because they lose the ability to self-report. Good observational skills are there for required of nurses, which must also be combined with knowledge of the disease.

**Purpose:** The purpose of the assignment was to uncover existing research that could shed light on how nurses can ensure good pain assessment for elderly people with advanced dementia.

**Method:** A literature study carried out with structured searches in Cinahl, PubMed and Web of Science. Nine articles were selected.

**Result:** The searches included in the study gave us four different main themes. We found that various barriers can be linked to pain assessment, the elderly with dementia, the nurses, and the institutions. Nurses find that assessing pain in elderly people with advanced dementia is challenging, which is often linked to a lack of experience and knowledge. Furthermore, it was shown that dementia-specific pain assessment-tools can be an aid that contributes to better assessments. Research has also shown that undertreatment of pain leads to educed quality of life, less independence, and neuropsychiatric symptoms.

**Conclusion:** Pain is a current problem for the elderly with advanced dementia, and it is often undertreated. Nurses must have a clear understanding of the fact that behavioural change in the patient can be linked to pain, and dementia-specific pain assessment-tools should be used to a greater extent. Nevertheless, nurses must also consider that pain is a subjective experience.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduksjon til tema .....	5
1.2 Teorier og begreper .....	6
1.2.1 Teori .....	6
1.2.2. Begreper .....	7
1.3 Formål og problemstilling .....	9
<b>2. Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Metodebeskrivelse .....	9
2.2. Litteratursøket og søkehistorikk .....	10
2.2.1. Søkeprosessen .....	13
2.2.2. Utvelgelse og vurderinger .....	13
2.3 Førforståelse.....	14
2.4 Analyse.....	14
<b>3. Resultat</b> .....	<b>15</b>
3.1 Tematisk resultat .....	19
3.2.1 Barrierer for smertevurdering .....	19
3.2.2 Sykepleiernes erfaring ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens.....	19
3.2.3 Behov for demensspesifikke smertekartleggingsverktøy .....	20
3.2.4 Underbehandling av smerte .....	20
<b>4. Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
4.1 Barrierer for smertevurdering .....	21
4.2 Sykepleiernes erfaring ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens..	23
4.3 Behov for demensspesifikke smertekartleggingsverktøy .....	25
4.4 Underbehandling av smerte.....	27
4.5 Implikasjoner for sykepleie .....	28
4.6 Metoderefleksjon .....	29
4.7 Konklusjon .....	29
<b>Referanser</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>34</b>
Vedlegg 1 .....	34

## Tabelloversikt

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
Tabell 2 PICO-skjema .....	10
Tabell 3 Søketablell .....	11
Tabell 4 Hovedfunn .....	14
Tabell 5 Artikkelmatrise .....	15



# 1. Innledning

I dette kapittelet vil vi presentere tema, teori og beskrive begreper som ligger til grunnlag for oppgaven. Avslutningsvis presenteres problemstilling og formålet med oppgaven.

## 1.1 Introduksjon til tema

Økende alder gir større risiko for å få demenssykdom. I årene fremover forventes det en betraktelig økning av andelen eldre med demens, og det antas at antallet vil være fordoblet i 2040 (Helsedirektoratet, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Skovdahl, 2020). Økningen vil gjenspeile seg i helsevesenet. Regjeringen har utarbeidet en demensplan inn mot 2025, for å belyse utfordringer og skissere løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Smerte henger tett sammen med stigende alder og er det vanligste symptomet hos eldre. Til tross for bevissthet rundt dette, blir det ofte underbehandlet og mest utsatt er eldre med kognitiv svikt (Torvik & Sandvik, 2020). En forskningsstudie fra 2011 viste at omkring 20% av personer med alvorlig demens lider av smerter, fordi omgivelsene ikke tolker eller forstår signalene på smerte (Skovdahl, 2020). Andre studier har vist at moderat til alvorlig smerte forekommer hos 43-60% av personer med kognitiv svikt, for eksempel demens (Torvik & Sandvik, 2020).

Sykepleiere vil med stor sannsynlighet stå i situasjoner hvor de møter pasienter med langtkommen demens som opplever smerte. Smertevurdering til disse er en sykepleiefunksjon som er forankret i yrkesetiske retningslinjer og lovverk, og det berører sykepleierens evne til å gi god omsorg og behandling. Yrkesetiske retningslinjer understreker blant annet at sykepleiere skal bidra til livsmot, understøtte håp og fremme helse. I sum handler dette om å bidra til bedre livskvalitet (Sykepleierforbund, u.å.; Torvik & Sandvik, 2020). Helsepersonelloven pålegger også sykepleiere å sikre at helsehjelpen de gir er i tråd med faglig forsvarlighet, hvor helse- og omsorgsdepartementet gjennom nasjonale anbefalinger gir oss et grunnlag for å forstå hva dette handler om (Helsepersonelloven, 1999, §4; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

På bakgrunn av dette, har vi valgt smertevurdering som tema, og rettet fokus inn mot personer med langtkommen demens. Bakgrunnen for valgt tema er at vi opplever smertevurdering som en spennende sykepleiefunksjon, samtidig som vi synes det er interessant å koble dette opp mot langtkommen demens. Forskning presentert ovenfor viser også at behandling av smerte er en utfordring ved omsorg til eldre, og det er behov

for forbedring. Vi har lite personlig erfaring med hvordan dette gjøres i praksis, og ønsket derfor å se nærmere på det.

## 1.2 Teorier og begreper

Her vil vi presentere teorier og begreper som er aktuelle for videre diskusjon av problemstillingen.

### 1.2.1 Teori

#### **Kari Martinsens om omsorg**

Kari Martinsen presenterer sin teori om omsorg i boken *Omsorg, sykepleie og medisin*. Hun beskriver omsorg for å være en sosial relasjon, hvor forståelse av andre er sentralt. Omsorg beskrives som ekte dersom den baserer seg på den andres situasjon (Martinsen, 2008). Dette henger sammen med at sykepleieren skal ivareta den andres liv og interesser. For å gjøre det, kreves en åpen og tydelig sykepleie hvor handlinger baserer seg på faglig moralsk skjønn. Martinsen beskriver videre at det ved omsorgsarbeid oppstår et forhold mellom mennesker, hvor noen er forpliktet til å gi mer enn de får igjen (Kirkevold, 1998). I forholdet mellom en pasient og sykepleier, er pasienten avhengig av sykepleieren mens sykepleieren er forpliktet til å yte omsorg uten å forvente noe tilbake.

Avhengigheten mellom mennesker kommer særlig frem ved sykdom og lidelse, og kan kun møtes riktig gjennom å vise omsorg. Sykepleierens overordnede mål er derfor å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, basert på faglige vurderinger av hva som er pasientens beste (Kirkevold, 1998). Pasientens beste skal videre være basert på pasientens livs- og lidelseshistorie, og handlingene skal fremme pasientens livsmot. Hvis sykepleieren evner å gjennomføre dette, kan det ifølge Martinsen karakteriseres som "god sykepleie" - uavhengig av om andre resultatmål er oppnådd (Kirkevold, 1998).

Selve begrepet omsorg blir forstått gjennom tre dimensjoner: relasjonell, praktisk og moralsk dimensjon. Omsorg er relasjonelt gjennom avhengigheten mellom mennesker, og det er praktisk fordi det virkeliggjøres gjennom konkrete handlinger. Til sist er omsorg moralsk fordi det gir sykepleieren et ansvar overfor de svake (Kirkevold, 1998).

#### **Florence Nightingale om sykepleie**

Florence Nightingale presenterer en grunnleggende forståelse av sykdom, helse og hva som karakteriserer god sykepleie i boken *Notes on nursing. What it is and what it is not*. I boken vektlegger hun sykepleierens evne til å observere pasienten, hvor observasjon beskrives for å være selve poenget med sykepleie (Nightingale, 2008). Observasjon ligger til grunn for å kunne gi god omsorg, samtidig som omsorg ikke har noen verdi uten god observasjon. Hun vektlegger i tillegg at sykepleieren må anerkjenne at alle pasienter er ulike, og har unike særtrekk og behov (Nightingale, 2008). God sykepleie

beskrives derfor som evnen til å ta hensyn til de små tingene som er felles for alle syke, sammen med de tingene som er spesielle for hvert enkelt individ. Sykepleieren skal også kunne observere hva pasienten trenger uten at pasienten ber om det, deretter gjøre de riktige tiltakene til rett tid og i riktig mengde (Kirkevold, 1998).

Nightingale trekker videre frem hvor viktig gode rutiner og administrasjon er for sykepleieutøvelsen. Variasjoner mellom ulike sykepleiere gir variasjoner i behandlingen, og sykepleiere skal forhindre at noe uforsvarlig skjer når de selv ikke er til stede. Sykepleieren skal derfor kunne sikre en videreføring av eget arbeid (Nightingale, 2008). Gode rutiner sikrer god sykepleie, men dette er ikke bare sykepleierens ansvar. Administrasjonen skal legge til rette for at god sykepleie virkelig gjøres (Nightingale, 2008).

### 1.2.2. Begreper

#### **Demens**

Demens brukes som en felles betegnelse for en rekke ulike sykdommer og skader med ulik bakgrunn (Skovdahl, 2020). Avhengig av hvordan hjernen er blitt påvirket, vil symptomene variere for de forskjellige demenssykdommene. I Norge beregnes det at omkring 10 000 mennesker får demens hvert år, og risikoen for å få sykdommen stiger med økende alder (Skovdahl, 2020). Vanlige symptomer ved demens er redusert hukommelse, orienteringsvansker, apraksi og agnosi. Nevropsykiatriske symptomer som utagerende atferd, uro, vandring og manglende hemninger er også vanlige symptomer som kan ha stor påvirkning for personens livskvalitet (Skovdahl, 2020).

Demens graderes inn i de tre stadiene mild, moderat og langtkommen. Evnen til å tenke logisk, og å ta hensiktsmessige avgjørelser, er sterkt redusert ved langtkommen demens. Sykdommen begrenser evnen til å finne ord og forstå utsagn, noe som gjør det vanskelig for sykepleier å vurdere pasientens hjelpebehov (Sykepleien Forskning, 2019).

#### **Empati**

Empati handler om å forstå andre personers erfaringer og behov. Begrepet beskrives ofte som en evne eller en egenskap, hvor det grunnleggende er å leve seg inn i andre menneskers følelser eller reaksjoner, og videre la dette veilede forståelsen av egen atferd og handlinger (Thoresen, 2013). Det kan derfor bidra til å forstå mennesker, og gi innsikt til andres liv og følelser.

Empati ansees som viktig i sykepleien. Thoresen beskriver at empati i sykepleien tematiseres som en del av fagets grunnlagstenkning, et etisk anliggende og som betydningsfull for hensiktsmessig kommunikasjon med pasienten. Det beskrives som avgjørende for at pasienter skal kjenne seg ivaretatt, fordi sykepleieren kan få en

subjektiv forståelse av hva som er viktig for pasienten og knytte dette til faglige kunnskaper, erfaringer og verdier. Thoresen belyser videre at empati er forskjellig fra ulike sykepleiere, og at subjektivitet i denne sammenheng handler om unike empatiske responser som avhenger av hvem sykepleieren er (Thoresen, 2013). Dette viser hvordan empati fører til at det individuelle hos pasienten får verdi, og at empati kan brukes som en metode for å søke etter større innsikt i hvilke behov og opplevelser pasienten har.

### **Smerte**

Smerte kan defineres som "det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte" (McCafferey & Beebe, 1996, s. 18). Definisjonen ble opprinnelig presentert av McCafferey i 1968, og vektlegger at dersom en pasient gir uttrykk for smerte, skal helsepersonell respondere positivt og stole på pasientens utsagn. Smerte er derfor å anse som en fullstendig subjektiv og personlig opplevelse. Dette understrekes av Joyce Travelbee, som beskriver smerte som en ensom erfaring. Smerte kan være vanskelig og til dels umulig å beskrive til andre på en slik måte at det fullt ut blir forstått av mottakeren, samtidig som det rammer hele mennesket – både psykisk og fysisk (Travelbee, 2014).

### **Smertekartlegging**

Kartlegging og vurdering av smerte er et komplisert ansvarsområde for sykepleiere. En nøye gjennomført smertekartlegging er en forutsetning for å kunne stille diagnose og klassifisere en smertetilstand (Norrbrink & Lundeborg, 2015). Vel så viktig er det å være konsekvent i kartleggingen og ved bruk av kartleggingsverktøy, ettersom dette bidrar til at smerteutviklingen kan følges over tid (Torvik & Sandvik, 2020). Sykepleiere har en viktig rolle i arbeidet med å kartlegge smerte, fordi de tilbringer mer tid sammen med pasienter som har smerter, sammenlignet med andre grupper av helsepersonell (McCafferey & Beebe, 1996).

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) er et smertekartleggingsverktøy som er tilpasset personer med langtkommen demens. Verktøyet inkluderer fem ulike atferdssymptomer som kan knyttes til smerte: pust (uavhengig av vokalisering), negativ vokalisering, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og trøst. Atferdssymptomene baserer seg på kunnskap om hvordan smerte kan uttrykkes for akkurat denne pasientgruppen. Ved vurdering av pasienten blir atferdsuttrykkene vurdert i en skala fra 0 til 2 hver for seg. Deretter blir poengsummene for hver atferd lagt sammen til en totalsum, som strekker seg fra 0 til 10. 1-3 representerer mild smerte, 4-6 moderat smerte og 7-10 alvorlig smerte (Warden et al., 2003) (Vedlegg 1).

## 1.3 Formål og problemstilling

Formålet med litteraturstudien var å avdekke eksisterende forskning som kunne belyse hvordan sykepleiere kan sikre god smertevurdering til eldre med langtkommen demens. Sykepleieren er en viktig ressurs i smertebehandlingen, gjennom daglig kontakt med pasienten. Derfor er det viktig å ha kunnskaper om hvordan vi skal gå frem i slike situasjoner. Med bakgrunn i dette, utarbeidet vi følgende problemstilling:

**«Hvordan kan sykepleiere sikre god smertevurdering til eldre med langtkommen demens?»**

## 2. Metode

I følgende kapittel beskriver vi litteraturstudium som metode, sammen med inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven. Til sist vil søkeprosessen gjennomgås.

### 2.1 Metodebeskrivelse

Dalland trekker frem at en metode beskriver hvordan man tilegner seg ny kunnskap om et valgt fagfelt (Dalland, 2017). Ved en litteraturstudie innhentes allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning gjennom søk etter litteratur. Det gir økt innsikt og kunnskap rundt et valgt fagområde. For å kunne kalle en studie for en litteraturstudie er det et kriterium at man har en tydelig problemstilling, søkestrategi, eksklusjons- og inklusjonskriterier, og analyse for valgt litteratur (Dalland, 2020). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har valgt, fremvises i tabell 1 under.

Gjennom våre søk ble det funnet ni forskningsartikler med god relevans for vår problemstilling, disse ble gransket og vurdert opp mot pålitelighet. Vi har i stor grad benyttet oss av primærkilder, og inkludert tre sekundærkilder.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert etter 2016	Artikler publisert tidligere enn 2016
Fagfellevurderte artikler	Pasienter med mild demens
Smertekartlegging	Pasienter med god evne til å kommunisere
Smertekartleggingsverktøy	Artikler skrevet på andre språk enn engelsk og norsk
Pasienter med langtkommen demenssykdom	
Pasienter med kommunikasjonsvansker	
Sykepleieperspektiv	
Engelsk- eller norskspråklig	

## 2.2. Litteratursøket og søkehistorikk

Litteratursøket startet med systematiske søk i ulike forskingsdatabaser. I første omgang benyttet vi oss av databasene Cinahl, Medline/Ovid, PubMed og Web of Science. Etter flere søk fant vi det hensiktsmessig å kun benytte Cinahl, Pubmed og Web of Science. De to førstnevnte databasene har et ensidig fokus på medisinsk og biomedisinsk forskning, mens Web of Science har artikler som dekker de fleste vitenskapelige felt. Alle databasene søker gjennom et stort utvalg av fagfelleverderte artikler. Ved noen av databasene kan man velge "peer reviewed" (fagfelleverdert) som et kriterium, og det gjør at vi kan forvente at artiklene er pålitelige. Videre vurdering av artiklene ble gjort ved å studere publiseringsarena, for eksempel tidsskriftene. Vi har blant annet inkludert en artikkel fra "Pain Management Nursing", som på sin hjemmeside spesifiserer at alle deres publiserte artikler er fagfelleverderte (Pain Management Nursing, u.å.). De første søkene var generelle, før vi spisset dem gjennom inkludering- og ekskluderingskriteriene.

I forkant av søkene opprettet vi et PICO-skjema for å lettere identifisere riktige begreper. Vi opplevde at skjemaet bidro til å tydeliggjøre kombinasjoner av søkeord. For å oversette og finne gode engelske fagbegreper, brukte vi MeSH (MeSH, u.å.). På grunn av lite norsk forskning, var det relevant for oss å bruke engelske søkeord. Vi har latt "C" utebli i skjemaet, fordi vi ikke har som hensikt å sammenligne to forskjellige tiltak.

Tabell 2 PICO-skjema

	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Begreper fra problemstilling</b>	Demens Smertebehandling Smertevurdering Kommunikasjonsvansker	Smertevurdering Smertebehandling		Smertelindring
<b>Engelsk</b>	<b>Emneord:</b> Dementia (MeSH) <b>Fritekst ord:</b> Cognitive impairment Cognitive disorders Communication difficulties Communication problems Communication challenges	<b>Emneord:</b> Pain Management (MeSH) Pain Measurement (MeSH) <b>Fritekst ord:</b> Pain Assessment		<b>Emneord:</b> Analgesia <b>Fritekst ord:</b> Pain relief

Søkeord fra PICO-skjemaet ble kombinert på ulike måter i avanserte søk, gjennom de boolske operatorene OR og AND (Søk & skriv, 2023). Vi kombinerte synonyme søkeord med OR, for eksempel søkte vi på "pain management OR pain assessment". Det gav oss et stort utvalg av relevante treff. Ved å kombinere søkeord med AND fikk vi kun treff på

litteratur som inneholdt søkeordene. Vi opplevde for eksempel at søk på "dementia AND pain management" eller "pain assessment AND communication difficulties" gav oss treff som i stor grad rettet seg til vårt tema. For ytterligere avgrensning og tilgang til nyere forskning, filtrerte vi bort artikler publisert før 2016. Påfølgende søketabell viser databasene som ble brukt, kombinasjonene av søkeord og antall treff.

Tabell 3 Søketabell

Data-base	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Lest overskrift	Lest abstrakt	Lest hele	Valgte artikler
Cinahl	30.03.2023	S1	dementia		28,905				
		S2	pain management or pain assessment		24,597				
		S3	S1 and S2		357				
		S4	communication difficulties		1,092				
		S5	S1 and S4	År 2016-2022 Peer Reviewed	65				
		S6	S3 and S6	År 2016-2022 Peer Reviewed	5	1	4	1	1 (C)
		S7	dementia or cognitive impairment		44,327				
		S8	pain management or pain assessment		24,597				
		S9	nursing observation or nursing assessment		25,070				
		S10	S7 and S8 and S9	År 2016-2022 Peer Reviewed	33	26	6	1	1 (G)
	03.04.2023	S1	dementia		77,840				
		S2	pain management or pain assessment		56,793				
		S3	S1 and S2		843				
		S4	communication difficulties or communication al problems or		9,099				

			communication challenges						
		S5	S3 and S4		28				
		S6	nursing		760,511				
		S7	S5 and S6	År 2016-2022 Peer Reviewed	6		4	2	2 (A, D)
	18.04.2023	S1	demens		35				
		S2	smerte		28				
		S3	S1 and S2	År 2016-2022 Peer Reviewed	2			2	2 (H, I)
PubMed	30.03.2023	S1	dementia or cognitive impairment or cognitive disorders		449,306				
		S2	pain measurement or pain assessment		182,752				
		S3	communication difficulties		25,310				
		S4	objective methods		2,353,830				
		S5	S1 and S2 and S3 and S4	År 2016-2022	12	2	8	1	1 (B)
Web of Science	13.04.2023	S1	pain assessment or pain management or underlying pain		270,545				
		S2	S1 and dementia		6,665				
		S3	barriers		822,179				
		S4	Communication difficulties		37,582				
		S5	S2 and S3 and S4	År 2016-2022 Peer Reviewed	4		2	2	2 (E, F)

#### Inkluderte artikler

**A:** Agit et al. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(4), 186-193.

**B:** Jonisdottir & Gunnarsson. (2021). Understanding Nurses Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22, 281-292.

**C:** Fry et al. (2016). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1281-1290.



**D:** Brennan et al. (2019). Mental health disorder, pain, and pain treatment among long-term care residents: Evidence from the Minimum Data Set 3.0. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1146-1155.

**E:** Carragher et al. (2020). The objectivity and subjectivity of pain practices in older adults with dementia: A critical reflection. *Nursing Inquiry*, 28(4), 1-9.

**F:** Veal et al. (2018). Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 9(2), 177-185.

**G:** Freire et al. (2021). Pain management nursing practice assessment in older adults with dementia. *Nursing Open*, 8, 3349-3357.

**H:** Rostad et al. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 14(79184).

**I:** Sandvik, R. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108(80594).

### 2.2.1. Søkeprosessen

Søkene gav ulike treff, og ved å inkludere inklusjons- og eksklusjonskriteriene fikk vi kun artikler som var direkte relevante for oss. Et mindre søkeresultat gjorde det mulig å sette seg inn i de artiklene vi kunne velge mellom. For eksempel gjennomførte vi et søk på Cinahl som gav oss seks treff. Først søkte vi "dementia" og "pain management OR pain assessment" hver for seg, før vi kombinerte dem ved bruk av AND. Dette gav oss 843 treff. For å videre avgrense, søkte vi på "communication difficulties OR communication problems OR communication challenges". Vi søkte på dette fordi vår problemstilling retter seg mot langtkommen demens, og disse personene har ofte problemer med å uttrykke seg verbalt. Søket ble videre kombinert med det tidligere søket, gjennom AND, hvor vi fikk 28 treff.

For å spisse det inn mot sykepleie kombinerte vi det med "nursing", og la ved et kriterium om at de skulle være publisert etter år 2016 og være fagfellevurdert. Å inkludere "nursing" opplevde vi som positivt, fordi tidligere artikkeltreff retter seg også mot andre helsefagarbeidere. Søket endte med seks treff, hvor fire ble lest i sin helhet. Tre artikler ble ikke valgt.

### 2.2.2. Utvalgelse og vurderinger

Litteratursøkene gav oss ni forskningsartikler som vi valgte å inkludere i studien. Artiklene er i stor grad basert på utenlandsk forskning hvor to er skrevet på norsk, og er en blanding av kvantitative og kvalitative studier. I hovedsak har vi benyttet oss av primærkilder, hvor data er hentet og analysert av forfatterne selv. Perspektivet i sekundærkilder kan være endret, fordi data er bearbeidet og fortolket av en annen forfatter (Dalland, 2017). Vi har likevel sekundærkilder inkludert i litteraturstudien, blant annet artikkel E. Den presenterer ulike perspektiver på smertekartlegging og har gode argumenter som vi ønsket å kunne diskutere.

Artiklene gjennomgikk en vurderingsprosess og vi valgte å benytte oss av en lesematrise hentet fra Sykepleien. Lesematriksen tar utgangspunkt i IMRAD-strukturen, som de fleste

forskningsartikler er bygd opp etter (Lerdal, 2009). Her tas det hensyn til om tema, formål og metode i artikkelen er klart formulert. Matrisen avgrensers seg ikke til konkrete metoder, slik som Helsebibliotekets sjekklister (Helsebiblioteket, 2016), og vi valgte den fordi vi ønsket å kunne bruke ett skjema for alle artiklene. Artikkelens styrke og relevans har også blitt vurdert, med et kildekritisk blikk. Kildekritikk er en viktig del av en litteraturstudie, og handler om å lese og vurdere forskning på en reflekterende og informert måte (Christoffersen et al., 2015).

## 2.3 Førforståelse

Ved forskning er det viktig å reflektere over egne førforståelser, fordi vi ikke kan unngå å ha forventninger i møte med et fenomen (Dalland, 2017). Vår førforståelse om problemstillingen kan ha ført til at andre relevante søkeord og artikler ikke ble vurdert og valgt. Vi hadde tanker om at smertevurdering er utfordrende til personer med demens, og ønsket å skrive om dette. Gjennom praksis opparbeidet vi kunnskaper om demens, følgelig har vi også dannet oss antakelser om hvordan det påvirker kognitiv funksjon. For å vurdere forskningen objektivt, har vi valgt å ha et bevisst forhold til våre egne antagelser.

## 2.4 Analyse

Vi tok utgangspunkt i Evans' analysemodell for å strukturelt analysere og tematisere funn fra våre forskningsartikler (Evans, 2002). Modellen tar for seg fire ulike faser. Fase 1 ble beskrevet under «søkeprosessen» i metodekapittelet, og omhandler prosessen med å søke etter og innhente data.

Fase 2 trekker oss inn i analysen (Evans, 2002), hvor nøkkelfunn fra hver artikkel ble markert. Her brukte vi artikkelmatrisene. Samtidig noterte vi funn hver for oss – som vi senere sammenlignet med hverandre. I fase 3 identifiserte vi likheter, ulikheter og hovedtema på tvers av artiklene. Hovedtemaene ble reist på bakgrunn av gjentakende temaer og argumenter fra artiklene, og disse vil bli presentert i tabellen under.

Tabell 4 Hovedfunn

Tema	Artikkel
Barrierer for smertevurdering	A, B, C, D, E, F, G, H, I
Sykepleiernes erfaring ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens	A, B, C, D, E, F, G, H,
Behov for demensspesifikke smertekartleggingsverktøy	A, B, C, D, E, F, G, H, I
Underbehandling av smerte	A, B, C, D, E, F, G, H,

Fase 4 inkluderer beskrivelse av resultatene som er presentert i tabellen, og blir presentert under resultatkapittelet.

### 3. Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie har vært å undersøke hvordan sykepleiere kan sikre god smertevurdering hos eldre med langtkommen demens. Vi vil først presentere artikkelmatrisene, videre vil temaene gjennomgås.

Tabell 5 Artikkelmatrise

<b>Artikkel A</b>	Agit, A., Balci, C., Yavuz, B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M., Halil, M., Ariogul, S. & Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 31(4), 186-193. <a href="https://doi.org/10.1177/0891988718785765">https://doi.org/10.1177/0891988718785765</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Målet med studien var å evaluere effekt av selvrapportert smerte og demensspesifikke smertekartleggingsverktøy, og å studere hvilke konsekvenser smerte har for ulike stadier av demens. Hensikten var å kartlegge smertens betydning, og vise behovet for å velge riktige smertekartleggingsverktøy.
<b>Metode</b>	Det ble brukt kvantitativ metode (multisenter studiedesign) og inkludert 75 sykehjemsbeboere fra to ulike sykehjem ble inkludert. Sykehjemsbeboerne ble nøye kartlagt opp mot geriatriske syndromer, utvalgte kriterier, psykiatriske symptomer, agitasjon, medisinbruk og demografiske egenskaper. Ved innhenting av data ble sykehjemsbeboerne kartlagt for smerte ved bruk av fem ulike vurderingsverktøy.
<b>Resultat</b>	Resultatene fra undersøkelsen viste at smerte i stor grad er til stede hos pasienter med demens, men at pasienter med langtkommen demens i liten grad er i stand til å uttrykke smerte. Det ble vist at tilstedeværelse av smerte ikke kunne oppdages ved å stille spørsmål, eller gjennom bruk av standardiserte smertekartleggingsverktøy (NRS og WBFACES). Det ble derimot vist at bruk av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy bedre kunne fange opp smerte (PADE, PAINAD og DS-DAT). Det ble også vist sammenheng mellom smerte og immobilitet, depresjon, lavere livskvalitet og nevropsykiatriske symptomer.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant fordi den evaluerer ulike smertekartleggingsverktøy, og viser til behovet for tilpassede verktøy i møte med pasienter med demens i ulike stadier. Den belyser også konsekvenser av underbehandling av smerte, og trekker linjer mellom nevropsykiatriske symptomer og feilmedisinering.
<b>Artikkel B</b>	Jonsdottir, T. & Gunnarsson, C. (2021). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. <i>Pain Management Nursing</i> , 22, 281-292. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Artikkelen hadde som mål å identifisere og undersøke sykepleieres kunnskap og holdning rundt smertevurdering til eldre pasienter med langtkommen demens, og hvordan dette kan påvirke smertebehandling for denne pasientgruppen.
<b>Metode</b>	Forskningen baserer seg på en litteraturgjennomgang av 10 forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative. Artikkelen ble funnet gjennom søk i medisinske databaser, som var publisert mellom 2008-2018. Et viktig inkluderingskriterium var at artikkelen fokuserte på sykepleieres kunnskap og holdning overfor smertevurdering til pasienter med demens.
<b>Resultat</b>	Forskningen fant at smerte hos personer med demens innebærer stor kompleksitet, og at sykepleiere blant annet syns det er vanskelig å skille mellom smerter og atferdsforstyrrelser knyttet til demenssykdommen. De fant også at pasienter med demens har større risiko for å oppleve underbehandling og undervurdering av smerter, og at dette påvirker livskvalitet. I artikkelen argumenterer de for at sykepleierens holdning og kunnskap til smertekartlegging til personer med demens, spiller en viktig rolle for hvilken smertebehandling som gis. De argumenterer videre for at løsningen på dette kan være bedre utdanning og opplæring, blant annet i bruk av demensspesifikke kartleggingsverktøy. Totalt presenteres det tematisk 10 ulike barrierer for smertevurdering, som videre deles kategorisk inn i pasientrelaterte, sykepleierrelaterte og systemrelaterte barrierer.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen presenterer mange ulike barrierer for god smertevurdering til pasienter med demens, og viser effekter av sykepleierens kunnskap og holdninger. Den er relevant for oss, ved at den tar for seg barrierer helhetlig og knytter det til både pasienten, sykepleieren og systemet. Det skaper et godt bilde av sammenhengen mellom ulike barrierer. Artikkelen viser også til behovet for kunnskap om bruk av demensspesifikke kartleggingsverktøy.

<b>Artikkel C</b>	Fry, M., Arendts, G & Chenoweth, L. (2016). Emergency nurses `s evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(9-10), 1281-1290. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13591">https://doi.org/10.1111/jocn.13591</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningen var å fange opp sykepleieres oppfatning av PAINAD som verktøy for å vurdere smerte for eldre med kognitiv svikt, og sammenligne effekt og opplevd nytte av PAINAD opp mot andre vurderingsverktøy.
<b>Metode</b>	Studien benytter seg av kvalitativ metode, med fokusgruppeintervjuer. 36 sykepleiere, fra seks ulike akuttmottak, ble inkludert i studien, og det ble gjennomført 6 fokusgruppeintervjuer. Intervjuene utforsket sykepleiernes erfaring ved bruk av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy, samt standardiserte smertekartleggings-verktøy.
<b>Resultat</b>	Resultatene fra intervjuene ble kategorisert under fire ulike temaer. Det ble 1) vist at kognitiv svekkelse er en barriere for smertebehandling fordi det skaper kommunikasjonsvansker, 2) at PAINAD gir struktur til smertevurdering og at 3) PAINAD hjelper til med å formidle intensitet, slik at sykepleierne lettere kunne overføre informasjon om pasienten til legene og sine medarbeidere. Til sist ble det vist at 4) valg av et passende observasjonsverktøy for smertevurdering ble ansett som viktig. Det ble konkludert med at NRS, og andre former for verbal vurdering, ikke er brukbart for pasienter med kognitiv svekkelse. Dette fordi bruk av disse fører til tap av smertehint, utilfreds smertebehandling og unødig lidelse. Det konkluderes også med at PAINAD ikke gir merarbeid for de ansatte, men at verktøyet har mangler fordi det ikke tar stilling til om pasienten er i hvile eller under bevegelse. Sykepleierne fremhevd også viktigheten av å samle inn tilleggsinformasjon fra pårørende og pleiere som kjenner personen godt.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen gir oss innsyn i sykepleieres opplevelse av smertevurdering til pasienter med demens, samtidig som den vurderer effekt av et konkret demensspesifikt smertekartleggingsverktøy. Den er også relevant for oss ved at den trekker frem konsekvenser av smerter.
<b>Artikkel D</b>	Brennan, P., Greenbaum, M., Lemke, S. & Schutte, K. (2019). Mental health disorder, pain, and pain treatment among long-term care residents: Evidence from the Minimum Data Set 3.0. <i>Aging &amp; Mental Health</i> , 23(9), 1146-1155. <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481922">https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481922</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien undersøker a) om det finnes et forhold mellom psykiske lidelser og selvrapportering av smerte og smertebehandling, og b) i hvilken grad kommunikasjons-, kognitive og fysiske funksjonsproblemer bidrar til å forklare forskjeller i smerte og smertebehandlingen til pasienter med og uten psykiske lidelser.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Studien hentet ut informasjon om pasienter fra et journalregister som inneholdt 10,706 journaler. De valgte ut 8,300, og brukte informasjonen om beboerne til å se sammenhenger mellom beboernes psykiske lidelser, opplevd smerte- og smertebehandlinger.
<b>Resultat</b>	Undersøkelsen viste at beboere med demens, sammen med de som har alvorlige psykiske lidelser, ikke rapporterte i like stor grad at de har, har hatt eller opplever smerte – sammenlignet med beboere med depressive lidelser, PTSD eller rusmiddelsbrukslidelser. Det argumenteres for at funnet må sees i sammenheng med bruk av utilpassede kartleggingsverktøy. Funnene understreker viktigheten av å skille mellom hvilken type psykisk lidelse en person har, for å forutsi dets innflytelse på smerteutfall. Det ble også vist at demens påvirker smerterapportering og hvilken behandling personen får, og at kognitiv svikt og kommunikasjonsproblemer øker sannsynligheten for å ikke få smertebehandling. Å ha demenssykdom blir vist å gi signifikant lavere sannsynlighet for å rapportere om smerte, og det konkluderes med at hyppig smertekartlegging for denne gruppen er viktig.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Vi ønsket å se ulike barrierer og områder som kompliserer smertebehandling til personer med demens, og det gjør denne artikkelen aktuell for oss. Pasientgruppen har behov for hyppigere, varierte og dyptgående smertekartleggings-verktøy, noe som argumenterer for viktigheten av å benytte seg av slike verktøy.
<b>Artikkel E</b>	Carragher, R., MacLeod, E. & Plazas, P. (2020). The objectivity and subjectivity of pain practices in older adults with dementia: A critical reflection. <i>Nursing Inquiry</i> , 28(4), 1-9. <a href="https://doi.org/10.1111/nin.12397">https://doi.org/10.1111/nin.12397</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningsartikkelen er å drøfte objektivitet og subjektivitet i forhold til smertepraktis for personer med demens.
<b>Metode</b>	Artikkelen gjennomgår litteratur og presenterer et historisk perspektiv på bruk av objektivitet og subjektivitet for smertekartlegging. Artikkelen inkluderer også en

	sammenligning av smerteverktøy, som blir drøftet opp mot nytteverdi, riktig bruk og om de skaper forvirring for sykepleierne.
<b>Resultat</b>	Artikkelen presenterer hvordan subjektive vurderinger kan være vanskelige å gjennomføre til pasienter med demens, men understreker også hvor viktig det er å ikke overse de subjektive opplevelsene – til tross for at personer med demens ikke kan fortelle hvordan de erfarer smerten. Objektive og subjektive vurderinger må stå likestilt i vurderingen av smerte for personer med demens, og atferdsuttrykk må tolkes i sammenheng med pasientens egne opplevelser. Det trekkes linjer mellom subjektive opplevelser og personlighet, hvor artikkelen fremhever at sykepleieren overstyrer personens identitet, personlighet og egenskaper – dersom h*n ikke inkluderer subjektive erfaringer. Det konkluderes med at tilpassede kartleggingsverktøy for smerte kan gjøre sykepleieren bedre rustet til å vurdere smerte for personer med demens, men at et individualisert og en tilpasset behandling kun vil gis hvis subjektive opplevelser inkluderes. Det anerkjennes at det finnes demensspesifikke smertekartleggingsverktøy, men at det enda ikke finnes noen som er gode nok. Artikkelen viser også til barrierer for smertekartlegging.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne artikkelen gir oss en innføring i hva objektiv og subjektiv vurdering av smerte handler om, i et historisk- og i et nåtidsperspektiv. Vi vurderer den som relevant for vår oppgave, fordi den belyser verdien av subjektive erfaringer og pasientens egne utsagn, som vi ofte opplever at settes til side til fordel for sykepleierens egne objektive vurderinger.
<b>Artikkel F</b>	Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G. & Winzenberg, T. (2018). Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study. <i>Pain Management Nursing</i> , 9(2), 177-185. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.002">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.002</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å karakterisere smertebehandling i eldreheim og identifisere barrierer for optimal smertebehandling. Det ble også lagt vekt på ulikheter mellom beboere med og uten demens, særlig i relasjon til barrierer for smertevurdering og behandling.
<b>Metode</b>	Studien ble gjennomført med et kvalitativt forskningsdesign, og det ble brukt semistrukturerte intervjuer. Det ble valgt ut 23 intervjuobjekter, hvor 18 var sykepleiere og 5 var ledere fra 5 ulike eldreheim. Under intervjuene ble det stilt spørsmål om hvordan smerte ble målt og vurdert, hvilke tiltak de satte inn ved identifisert smerte, barrierer for smertebehandling og potensielle måter å møte disse barrierene på. Intervjuobjektens opplevelse eller erfaring sto i fokus, og det ble inkludert spørsmål rettet mot beboere med og uten demens.
<b>Resultat</b>	Intervjuene viste at smerte var et vanlig problem blant beboerne på eldreheim, og at smerte er noe de ansatte stadig må vurdere eller ta hensyn til. Tilstrekkelig smertebehandling opplevdes som svært viktig for beboernes livskvalitet, samtidig som god smertebehandling bidro til større arbeids glede og et bedre arbeidsmiljø. Intervjuene viste en mangel på formelle krav til smertevurdering, og at dette førte til store variasjoner mellom sykepleierens holdning til vurdering av smerter. Mangel på formelle krav ble ansett som en barriere, fordi det skaper lite kontinuitet i arbeidet. Flere andre barrierer for smertebehandling ble også trukket frem: mangel på kunnskap, demensrelatert atferd er vanskelig å tolke, dårlig tverrfaglig kommunikasjon, tidsbegrensninger og lite kontinuerlig dokumentasjon. Artikkelen konkluderer med at det vil være fordelaktig å legge mer vekt på undervisning om identifisering av smerte og smertebehandling, mer konsekvent dokumentasjon av smerte og bedre tverrfaglig kommunikasjon om smerte.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen presenterer ulike barrierer knyttet til god smertelindring for pasienter som har demens, og gir god innsikt i hvordan sykepleiere og ledere opplever smertebehandling til pasienter med demens. Artikkelens resultater er interessante for vår oppgave, fordi de viser barrierer relatert til både sykepleiere, personer med demens og organisering av institusjonen.
<b>Artikkel G</b>	Freire, A., Casacuberta, M., Juvanteny, E. & Aribau, A. (2021). Pain management nursing practice assessment in older adults with dementia. <i>Nursing open</i> , 8(6), 3349-3357. <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.880">https://doi.org/10.1002/nop2.880</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Målet med forskningen var å kartlegge hvordan smertebehandling til eldre med demens gjøres av sykepleiere. Inkludert i vurderingen var hvor hyppig smerte ble vurdert, hvilke tiltak som settes inn og hvordan smertebehandling følges opp.
<b>Metode</b>	Forskningen bruker kvantitativ metode, og hentet inn data fra elektroniske journaler til 111 pasienter. Inkluderingskriteriet var at pasientene var over 65 år, og hadde en demensdiagnose. Datainnsamlingen delte seg i to sektorer, hvor de i den første så på sosiodemografiske og kliniske data av pasienten, mens sektor to tok for seg alle smerterelaterte variabler, inkludert smertevurdering og reevaluering.
<b>Resultat</b>	Resultater fra forskningen viste at det var store variasjoner knyttet til smertebehandling, særlig hadde innleggelsesårsak og pasientens evne til å selvrappotere mye å si. Effekten av å kunne selvrappotere ble vist ved at en pasient som ble vurdert til å ha smerte ved bruk av PAINAD, ikke fikk behandling i like stor grad som de som fikk smerte påvist gjennom NRS. Å kunne selvrappotere var derfor noe som sikret pasienten bedre smertebehandling, og

	tettere oppfølging. Forskingen viste også at sykepleiere ikke vurderte smerte hos pasienter med demens i stor grad, fordi det ikke ble ansett som nødvendig. De viste at dette videre påvirker livskvalitet, og kan føre til feilmedisinering. Variasjonene i smertebehandling ble trukket mot dårlige rutiner, og store ulikheter mellom skift. Det konkluderes med at mange sykepleiere mangler kunnskap og trenger mer utdanning, samtidig som at dokumentering av tiltak må gjøres i større grad.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen er relevant for oss, ved at det trekker frem konsekvenser av dårlig smertebehandling, viser til barrierer og strukturelle hindre for god behandling til pasienter med demens. Det gir oss også et blikk på hvordan smertevurdering til eldre med demens blir gjennomført, og det er relevant innsikt for oss.
<b>Artikkel H</b>	Rostad, H., Grov, E., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjentegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14(79184). <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningen var å kartlegge forekomst av smerte hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens, og undersøke hva som kjennetegner denne gruppen sammenlignet med kliniske og demografiske kjennetegn ved en gruppe beboere med langtkommen demens som ikke opplever smerte. Dette representerer artikkelens to forskningsspørsmål.
<b>Metode</b>	Forskningen har brukt en kvantitativ beskrivende metode, og inkludert 112 sykehjemsbeboere fra 16 ulike sykehjem. forskningen baserte seg på sammenligning mellom en gruppe med demens som hadde smerter, "smertegruppen", med en gruppe med demens uten smerter, "ikke-smertegruppen". Beboerne ble kartlagt ved bruk av standardiserte og validerte skjemaer, hvor data om forekomst av smerte, depressive symptomer, nevropsykiatriske symptomer, agitasjon, personnære aktiviteter i dagliglivet, somatisk helse og bruk av smertestillende legemidler og antipsykotika ble samlet inn.
<b>Resultat</b>	Undersøkelsen viste at smerte var et hyppig symptom hos beboerne, ved at to tredjedeler av utvalget hadde smerter. Beboerne med smerter hadde høyere gjennomsnittskår for nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet (indikerer lavere livskvalitet), sammenlignet med beboere uten smerter. Det ble også avdekket sammenheng mellom det å ha smerte og høyere hjelpebehov for personnære aktiviteter i dagliglivet og høyere forekomst av depressive symptomer. Undersøkelsen viste dessuten at en tredjedel av beboere som ble vurdert til å ha smerte, ikke fikk smertestillende fast – og at to tredjedeler av beboerne som ble vurdert til å ha smerte, fikk smertestillende fast. Begge disse funnene viste at det var lite eller utilstrekkelig behandling for smertestillende. Artikkelen konkluderte med at systematisk kartlegging er en avgjørende faktor for å kunne gi tilstrekkelig smertebehandling, og at beboere med langtkommen demens er utfordrende å kartlegge fordi de ikke evner å bruke verbalt språk.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne studien er relevant for vår oppgave ved at den tar for seg hvilke konsekvenser smerte har for pasienter med langtkommen demens, og hvordan det påvirker beboerens atferd. Den gir en indikator for hvor mange beboere med demens som har smerte. Ettersom studien er gjennomført i Norge, kan den også gi oss et bilde av hvordan situasjonen er her.
<b>Artikkel I</b>	Sandvik, R. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. <i>Sykepleien</i> , 108(80594). <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2020.80594">https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2020.80594</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Artikkelen har som hensikt å gi en innføring i hvordan man skal vurdere smerte hos pasienter med mild, moderat og alvorlig demens ved bruk av ulike demensspesifikke kartleggingsverktøy: MORBID-2, MMSE og KDV.
<b>Metode</b>	Artikkelen bruker allerede eksisterende forskningsdata for å vise til relevans og statistikk – som videre brukes for å demonstrere bruk av kartleggingsverktøy, med særlig vekt på MORBID-2. MORBID-2 gjennomgås gjennom eksemplifisering og bruk av illustrerende vurderingssituasjoner.
<b>Resultat</b>	Artikkelen vektlegger hvordan grad av demens spiller inn for hvordan smerte kan og skal kartlegges, og det rådføres derfor om bruk av verktøy som kategoriseres demens innenfor de ulike nivåene. Artikkelen viser til tre ulike vurderingssituasjoner for å demonstrere hvordan MORBID-2 kan brukes for personer med mild, moderat og alvorlig demens. Det konkluderes med at langtkommen demens kan frata en person muligheten til å forklare smerte, og at smertekartlegging bør gjennomføres av personell som kjenner pasienten godt – sammen med smertevurderingsverktøy som tar hensyn til grad av demens. Smertekartlegging for personer med langtkommen demens ansees som utfordrende, og artikkelen trekker frem ulike barrierer for gode smertevurdering.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen er relevant ved at den demonstrerer hvordan ulik grad av demens spiller en rolle for hvordan man skal kartlegge smerte for personer med demens. Den gir også grundig gjennomgang av MORBID-2, som er et hyppig brukt kartleggingsverktøy.

## 3.1 Tematisk resultat

Videre vil resultater fra artiklene bli presentert under ulike hovedtemaer. Likheter og ulikheter ved de ulike forskningene vil komme frem, og artiklene vil bli sett i sammenheng med hverandre.

### 3.2.1 Barrierer for smertevurdering

Artiklene vi har inkludert presenterte ulike barrierer for god smertevurdering.

Et gjentakende funn var at langtkommen demens påvirker evnen til å kommunisere og gi uttrykk for egne opplevelser, og dette ble presentert som en sentral barriere for tilstrekkelig smertevurdering (Agit et al, 2018; Brennan et al, 2019; Carragher et al, 2020; Freire et al, 2021; Fry et al, 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al, 2019; Sandvik, 2020; Veal et al, 2018). Andre barrierer ble knyttet til store variasjoner i hvordan personer med demens uttrykker smerte, og at atferd som kan være symptomer på smerte dessuten kan tolkes som demensrelatert (Carragher et al, 2020; Freire et al. 2021; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al, 2019). Med bakgrunn i disse funn, ble det vist at selve demenssykdommen i seg selv var en barriere for både god smertevurdering og behandling.

En rekke barrierer ble knyttet til sykepleierne, hvor det ble vist at usikkerhet rundt smertevurdering, negative holdninger, manglende dokumentasjon, manglende kunnskap og beslutningsevne førte til utilstrekkelig smertevurdering (Brennan et al, 2019; Carragher et al, 2020; Freire et al., 2021; Sandvik et al. 2020). Forskningene trekker også frem ukjennskap til bruken av tilpassede smertevurderingsverktøy (Brennan et al, 2019; Carragher et al, 2020; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al, 2018). Andre barrierer rettet seg mot mangel på rutiner, lite erfaring, tidspress og for høy arbeidsbelastning – videre omtalt som institusjonelle barrierer (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021, Veal et al, 2018).

### 3.2.2 Sykepleiernes erfaring ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens

Åtte av artiklene inkludert i vår studie presenterte hvordan sykepleierne erfarte smertevurdering til eldre med demens. Sykepleierne erfarte at demens kunne være et hinder for smertevurdering, fordi det påvirker pasient-sykepleier-relasjonen. Det ble i tillegg vist at alle sykepleierne mente at smertevurdering hadde en stor påvirkning på pasientens livskvalitet (Agit et al, 2018; Brennan et al, 2019; Carragher et al., 2020; Freire et al, 2021; Fry et al, 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al, 2019; Veal et al, 2018).

Seks artikler trakk frem at kjennskap til pasientens habituelle tilstand opplevdes som viktig for å kunne identifisere endring i atferd, og knytte disse opp mot smerte (Freire et al, 2021; Fry et al, 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al, 2019; Veal et al, 2018). I denne sammenheng ble det vektlagt at familie, og andre pleiere, kunne være til god hjelp i vurderingene (Fry et al, 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al, 2018). En annen universell erfaring var at sykepleierne ønsket mer kursing og veiledning, fordi de mente det kunne gjøre smertevurderingen lettere (Brennan et al, 2019; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al, 2018).

To studier viste i tillegg at sykepleierne opplevde det som positivt å kunne benytte seg av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy. Det førte til mer tillitt i egne avgjørelser, og mange opplevde at det gav dem et klarere bilde av personens smerteintensitet (Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

### 3.2.3 Behov for demensspesifikke smertekartleggingsverktøy

Et stort antall av artiklene vi har valgt presiserer at demensspesifikke smertekartleggingsverktøy har positive effekter. Det fører til mer nøyaktige vurderinger, mindre underbehandling, mer struktur og bedre tverrfaglig samarbeid (Agit et al., 2018; Carragher et al., 2020; Freire et al., 2021; Fry et al., 2016; Rostad et al., 2019; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al., 2018).

PAINAD har vært et gjennomgående kartleggingsverktøy, som er vist å gjøre sykepleieren bedre rustet til å fastslå ikke-verbale tegn som representerer smerte for personer med langtkommen demens (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016). Tre av studiene viste forholdet mellom bruk av NRS og PAINAD, hvor det blant annet ble konkludert at NRS ikke er hensiktsmessig for personer med demens (Agit et al., 2018; Freire et al., 2021; Fry et al., 2016). Konklusjonen støttes av andre artikler som viser at personer med langtkommen demens i mindre grad rapporterer om smerter, og at deres utsagn om smerter ansees for å være upålitelige (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

Fire artikler kastet et kritisk lys på bruk av PAINAD. Det ble vektlagt at vurdering ved bruk av observasjonsverktøyet må sees i sammenheng med subjektivitet – fordi den ikke er heldekkende alene (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Sandvik, 2020; Veal et al., 2018). Motsatt presiserte en annen artikkel at å trekke inn disse variablene skapte større kompleksitet og forstyrret smertevurderingene (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

### 3.2.4 Underbehandling av smerte

Flertallet av våre artikler presenterte utfordringer ved smertevurdering, og at personer med demens ofte har smerter som ikke blir behandlet (Agit et al., 2018; Brennan et al.,



2019; Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2020; Veal et al., 2018). En forskning viste at en tredjedel opplevde å ha smerter uten å få smertestillende, samtidig som de fant at to tredjedeler fikk utilstrekkelig smertebehandling (Rostad et al., 2019).

Tre studier presenterte en sammenheng mellom demens og underbehandling av smerter (Brennan et al., 2019; Carragher et al., 2020; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

Demenssykdommen dobler sannsynligheten for å ikke få smertebehandling. Det er også signifikant mindre sannsynlig at en person med demens får nødvendige tiltak iverksatt, sammenlignet med andre lidelser (Brennan et al., 2019). Syv av artiklene presenterte hvilke konsekvenser smerte har for personer med demens (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019; Freire et al., 2021; Fry et al., 2016; Rostad et al., 2019; Veal et al., 2018). Et gjennomgående tema er sammenhengen mellom smerter, livskvalitet og nevropsykiatriske symptomer. Nevropsykiatriske symptomer på smerte påvirker atferd, og ble av fem artikler forbundet med feilmedisinering med antipsykotika (Agit et al., 2018; Carragher et al., 2020; Freire et al., 2021; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al., 2018). Videre viste to artikler til sammenhengen mellom underbehandling, mindre selvstendighet og økende ressursbruk (Agit et al., 2018; Veal et al., 2018).

## 4. Diskusjon

I denne delen vil funn fra forskningsartikler diskuteres opp mot teori, begreper og problemstilling. Videre vil vi gå inn på implikasjoner for sykepleie, før vi tar for oss metoderefleksjon. Til sist presenteres en konklusjon. Problemstillingen er:

**«Hvordan kan sykepleiere sikre god smertevurdering til eldre med langtkommen demens?»**

### 4.1 Barrierer for smertevurdering

Barrierer for god smertevurdering til eldre med langtkommen demens er knyttet til personen med demens, sykepleierens holdninger og til institusjonene.

Ved langtkommen demens er evnen til å forstå og finne ord sterkt redusert, og en konsekvens av dette er nedsatt kommunikasjonsevne (Sykepleien Forskning, 2019). Det er i tillegg vist at eldre med demens i liten grad rapporterer om smerte. Svekket kommunikasjonsevne blir i undersøkelsene presentert som en tydelig barriere for god smertevurdering. Det er en klar forskjell i smertebehandling til de som kan rapportere – sammenlignet med dem som ikke kan uttrykke egne behov (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019; Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Nevropsykiatriske symptomer som agitasjon, roping og hallusinering kan komme som et

symptom på smerter, og slike atferdsendringer blir sett på som en barriere ved smertevurdering (Sandvik, 2020). Ikke alle med demens er uttrykksfulle ved smerte, og atferdsendringene er vanskelige å tolke fordi det manifesterer seg ulikt for hvert individ og krever kjennskap til personens habituelle tilstand (Freire et al., 2021; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Sandvik, 2020; Veal et al., 2018).

Selvrapportering av smerte blir ansett som gullstandarden til smertevurdering, fordi smerte forstås som en subjektiv opplevelse (McCafferey & Beebe, 1996; Travelbee, 2014). Kommunikasjonsbarrieren påvirker evnen til nøyaktig selvrapportering, og atferdsendringene utfolder seg ulikt for hvert individ. Dette setter strengere krav til sykepleiernes observasjonskompetanse, noe Florence Nightingale vektlegger som hele poenget med sykepleie (Nightingale, 2008). Likevel, er det å objektivt forstå smerten til personer med langtkommen demens utfordrende, og kan påvirke måten sykepleier yter omsorg. Omsorg krever, ifølge Kari Martinsen, kunnskap, erfaring, ferdigheter og forståelse for den andres situasjon (Martinsen, 2008). Kommunikasjonsbarrieren gjør det krevende å oppnå god forståelse. En kan ikke oppleve pasientens smerte, men man kan forsøke å gjenkjenne situasjonen og forstå pasienten ut fra egne erfaringer og lignende situasjoner. Kommunikasjonsbarrieren gjør at sykepleieren i større grad må vurdere andre tegn på smerte, for eksempel atferdsendringer. Dette er vist å være krevende, fordi forskning har vist at sykepleierne observerer og feiltolker endring i atferd. Atferdsendringer kan tolkes for å være en følge av skaden hjernen er påført og som har ført til demens, men det kan også skyldes udekkede behov som eksempelvis smerte (Carragher et al., 2020; Freire et al., 2021; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al., 2019; Sandvik, 2020). Sykepleieren kan for øvrig bruke sine empatiske ferdigheter som metode for å leve seg inn i og forstå hva den andre føler (Travelbee, 2014). Slik finner man innsikt i de behovene personen har, som er et nødvendig utgangspunkt for å yte god omsorg. Dette kan knyttes opp til Martinsens beskrivelse av at sykepleieren skal være åpen for den andres situasjon og livs-lidelseshistorie, for å kunne tyde situasjonen riktig. Nightingale trekker frem at hvert enkelt individ skal tas hensyn til, da det individuelle hos pasienten har verdi (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2008). Empati er med dette å anse som særlig viktig for sykepleiere ved smertevurdering for eldre med langtkommen demens.

Forskningen knytter samtidig barrierer til sykepleiere og deres arbeidsplass. Sykepleierne har en viktig rolle ved identifisering og vurdering av smerter, fordi det er de som tar avgjørelsene på vegne av pasienten. Deres holdninger rundt eldre med demens er vist å kunne være en avgjørende barriere. En artikkel trekker frem at sykepleiere antar at dersom pasienten ikke rapporterer om smerter har den ikke vondt, samtidig som pasientens egne utsagn om smerte ble sett på som upålitelig (Jonisdottir & Gunnarsson,

2021). Samme artikkel skriver at personer med demens er lavt prioritert og mindre verdt ressursene. Betyr dette at sykepleiere, på grunn av demenssykdommen, ikke viser aksept og tillit til denne pasientgruppen? En slik holdning strider i så fall imot anbefalinger av at dersom en pasient gir uttrykk for smerte, skal helsepersonell stole på pasientens utsagn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; McCafferey & Beebe, 1996). For øvrig motstrider holdningen også Martinsens oppfatning av hva god omsorg er, fordi sykepleieren må forsøke å forstå den andres situasjon for å gi god omsorg (Kirkevold, 1998). På en annen side har forskningen vist at når pasienter med langtkommen demens har en åpenbar grunn for smerte, et brudd eller postoperativt, får de bedre behandling (Carragher et al., 2020; Freire et al., 2021). Forklaringen på variasjoner i smertebehandlingen kan derfor skyldes sykepleierens manglende kompetanse rundt smertevurdering til denne pasientgruppen. Dette er i tråd med Martinsens beskrivelse av at omsorg baserer seg på kunnskap og erfaring.

Barrierer knyttet til institusjonen retter seg mot manglende rutiner. Gode rutiner sikrer god sykepleie, men det er ikke sykepleierens ansvar alene. Nightingale opplyser om administrasjonens ansvar for tilrettelegging for at god sykepleie er til stede (Nightingale, 2008). Derfor er det både et sykepleieansvar og et ledelsesansvar å sikre gode rutiner for blant annet dokumentasjon, noe som spiller en viktig rolle for kvaliteten og faglig forsvarlighet. Sykepleierne dokumenterer i liten grad om smerter noe som påvirker kontinuiteten i smertebehandlingen, det fraviker også kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp presentert i Helsepersonelloven (Freire et al., 2021; Helsepersonelloven, 1999, §4; Veal et al., 2018). Mangel på dokumentasjon gjør det vanskelig å videreføre oppstartet behandling, eller re-evaluere iverksatte tiltak, noe som gjør dette til en sentral barriere. Ifølge helsepersonelloven er sykepleierne pliktet til å dokumentere relevant og nødvendig informasjon om sine pasienter og den helsehjelpen de får (Helsepersonelloven, 1999, §40). Likevel utfordrer den varierte erfaringen og kunnskapen blant sykepleierne kontinuiteten fordi det i stor grad tas vurderinger basert på individuelt skjønn. Nightingale trekker frem at gode rutiner og administrasjon er viktig for sykepleieutøvelsen, noe som er avgjørende for å gi individualisert omsorg og sikre kontinuiteten fra et juridisk og profesjonelt perspektiv (Freire et al., 2021, Nightingale, 2008).

## 4.2 Sykepleiernes erfaring ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens

Forskning viser at forekomst av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens er høy, selv om flesteparten er medisineret. Det er derfor ingen selvfølge at behandlingen er tilfredsstillende (Rostad et al., 2019). Blant sykepleierne er det store

variasjoner i kunnskap og erfaringer rundt smertevurdering for eldre med demens og de opplever ofte stor usikkerhet knyttet til kartleggings- og vurderingsprosessen (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Demens påvirker også sykepleier-pasient-forholdet. Sykepleiere opplever at det er vanskeligere å oppnå en tillitsbasert relasjon og erverve innsikt i personlighet. Dette er vist å kunne påvirke måten smerte adresseres, behandles og evalueres (Carragher et al., 2020). Antallet eldre med demens forventes å fordobles i fremtiden, og kunnskap om hvordan sykepleiere opplever å behandle denne pasientgruppen er derfor svært viktig (Helsedirektoratet, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Skovdahl, 2020).

Sykepleier-pasient-relasjonen er viktig ved sykepleiepraksis (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Kari Martinsen beskrev i sin omsorgsteori at interaksjonen mellom sykepleier og pasient, inkludert forståelse for andres situasjoner, er nødvendig for å kunne yte god omsorg og derfor god sykepleie (Martinsen, 2008). Demenssykdommen gjør det vanskelig å bli kjent med personligheten til pasienten, og det vil påvirke sykepleierens evne til å gi god omsorg. Smerte rammer hele mennesket, både fysisk og psykisk. Det er derfor viktig med en helhetlig forståelse i vurdering av smerte (Martinsen, 2008; Travelbee, 2014). Sykepleiere har erfart at den helhetlige forståelsen er vanskelig å erverve i møte med eldre med langtkommen demens, og flere har vist til et behov for å inkludere pårørende eller andre med kjennskap til pasienten (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Pårørende kjenner til habituell atferd og personlighet. Sykepleierne har erfart at de gjennom pårørende i større grad evner å forstå endringene i atferd og mønstre som oppstår ved smerter (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al., 2018). Likevel skal sykepleierne gjennomføre selvstendige vurderinger og fatte en beslutning. Imidlertid synes sykepleiere at smertevurdering til eldre med demens er tidkrevende, hvor pårørende påfører ytterligere arbeidsbelastning. Søken etter å forstå det helhetlige bildet hos eldre med demens er blitt beskrevet som et komplisert puslespill (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

Sykepleierne opplever også lavt nivå av tillitt og sikkerhet rundt egne vurderinger av smerte hos eldre med langtkommen demens. Forskning viste at dette var den viktigste faktoren som avgjorde hvor raskt smerte ble behandlet farmakologisk (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Lav tillitt og sikkerhet fører derfor til at behandling ikke gis, mens økt tillitt og sikkerhet i vurderinger gir bedre behandling. Tillitt til egne vurderinger henger sammen med kunnskap rundt smertevurdering, og sykepleierens evne til å være empatisk. Manglende kunnskap hos sykepleierne ble presentert i forskning ved at de feilaktig tolket at smerten var borte, dersom atferd roet seg og følgelig avsluttet behandling for tidlig (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Rostad et al., 2019). Sykepleierne har dermed liten sikkerhet i vurderingene, samtidig som de ofte ikke har kunnskaper nok

til å avdekke smerter uten tydelig symptomuttrykk. Dette henger sammen med sykepleiernes empatiske evner, fordi empati handler om å skaffe forståelse om den andres situasjon (Thoresen, 2013). Kari Martinsen har i sin omsorgsteori vektlagt at sykepleierne skal søke etter å forstå pasientens opplevelse, og understreker at det er viktig at pasienten blir tatt på alvor (Martinsen, 2008). Dette er viktig når sykepleierne skal vurdere smerte, og spesielt i møte med eldre som ikke kan kommunisere egne opplevelser tilstrekkelig.

For å møte utfordringene sykepleierne opplever, har de knyttet positive effekter til bruk av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy. Verktøyene bidrar til å styrke sykepleiernes observasjonskompetanse, og fører til mindre usikkerhet – samtidig som det bedrer kommunikasjonen mellom sykepleierne og fremmer tverrfaglig samarbeid (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019; Freire et al., 2016; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al., 2018). Det er likevel vist at smertekartleggingsverktøy i liten grad blir brukt, som sykepleierne forteller at henger sammen med at de mangler god opplæring og kunnskap knyttet til hvordan verktøyene skal brukes (Carragher et al., 2020; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Observasjon og tolkning av symptomer er sentralt ved sykepleie, blant annet beskrevet av Florence Nightingale, og det er nødvendig for å kunne gi god omsorg (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2008). Ettersom sykepleierne opplever positive effekter ved bruk av tilpassede smertekartleggingsverktøy, samtidig som forskning har presentert at dette gir styrket vurderingsevne, er det derfor viktig at det legges til rette for at sykepleierne evner å bruke disse.

### 4.3 Behov for demensspesifikke smertekartleggingsverktøy

Demens er vist å være en barriere for god smertevurdering og behandling (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021d). Forskning har derfor undersøkt bruk av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy.

Demensspesifikke smertekartleggingsverktøy baserer seg på observasjoner av smertemarkører. Det skiller seg fra standardiserte verktøy ved at subjektive erfaringer og selvrapport ikke blir brukt. Selvrapport settes til side fordi eldre med langtkommen demens ikke rapporterer om smerte, samtidig som deres utsagn om smerte er vist å være upålitelig. I forskning er dette blitt bekreftet ved å sette PAINAD opp mot NRS, hvor resultatene har vist at PAINAD avdekker smerte som NRS ikke fanger opp (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019; Freire et al., 2021; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). PAINAD er et demensspesifikt verktøy som tar utgangspunkt i atferd og observerbare symptomer på smerte hos eldre med langtkommen demens (Warden et al., 2003). Det gjør sykepleierne flinkere til å observere nevropsykiatriske symptomer på smerte, samtidig som det bidrar til økt forståelse og bedre vurdering av smertens

eksistens og intensitet (Agit et al., 2018; Fry et al., 2016; Rostad et al., 2019). NRS baserer seg på subjektive erfaringer av smerte, og det forutsetter at personen kan formidle egne smerteopplevelser.

Både Kari Martinsen og Florence Nightingale presiserer at det er grunnleggende å forstå pasientens behov og erfaringer for å kunne gi god sykepleie og omsorg. Sykepleie knyttes slik til empati. Florence Nightingale understreker at sykepleie handler om å observere og reflektere over den andres behov, og søke etter å forstå dette (Martinsen, 2008; Nightingale, 2008). Ved smertevurdering, hvor subjektive erfaringer ikke kan kartlegges, kan dette ansees som en viktig sykepleieroppgave. Den nødvendige forståelsen, som ligger til grunn for god omsorg, er utfordrende å erverve ved hjelp av observasjon. Derfor er eldre med langtkommen demens en sårbar og utfordrende pasientgruppe (Helsedirektoratet 2022; Torvik & Sandvik, 2020). Spesifikke smertekartleggingsverktøy bryter ned kompleksiteten, og gir sykepleierne økt kompetanse og mer treffsikker smertevurdering (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Veal et al., 2018). Det gjør det mulig å sikre god omsorg, selv i utfordrende situasjoner.

Selv om det i stor grad knyttes positive effekter til bruken av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy, er det avdekket mangler ved disse. Med utgangspunkt i PAINAD, er det presentert at verktøyet ikke er heldekkende nok. Tradisjonelt har selvrapporing vært en gullstandard for smertevurdering, fordi smerte anerkjennes som en helt personlig opplevelse (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; McCafferey & Beebe, 1996; Sandvik, 2020; Veal et al., 2018). Dette har man gått bort fra ved vurdering av eldre med demens, fordi de ikke evner å kommunisere smerte (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019). Smerte er likevel en subjektiv opplevelse, selv om personen ikke evner å selvrappore. Det kan verken måles, oppleves eller føles av noen andre enn individet selv (McCafferey & Beebe, 1996; Travelbee, 2014). Forskning trekker derfor frem at helheten vil bli bedre kartlagt dersom familie og journalhistorikk inkluderes, fordi det gir økt forståelse av personen (Fry et al., 2016; Veal et al., 2018). Derimot er det vist at dette gjør smertevurdering ytterligere kompleks, slik at vurderingene blir et puslespill sykepleierne ikke evner å håndtere (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Dette burde likevel ikke være et hinder, ettersom Nightingale understreker at god sykepleie handler om å forstå og ta hensyn til det unike ved enhver pasient (Nightingale, 2008). For å best ivareta eldre med langtkommen demens, argumenteres det derfor for at sykepleiere burde bruke sine empatiske ferdigheter og inkludere subjektive opplevelser ved vurdering av smerte (Carragher et al., 2020).

## 4.4 Underbehandling av smerte

Smerte er en subjektiv erfaring som rammer hele mennesket både fysisk og psykisk, og mange eldre opplever smerte som følge av aldersforandringer (Torvik & Sandvik, 2020; Travelbee, 2014). Det er en viktig sykepleieoppgave å unngå at smerte blir underbehandlet, likevel er det vist at eldre med langtkommen demens ikke blir smertevurdert (Agit et al., 2018; Brennan et al., 2019).

Det er særlig to konsekvenser av underbehandlet smerte vi har funnet i forskningsartiklene. For det første har smerte en direkte negativ virkning på livskvalitet, hvor smerte kan likestilles med dårlig livskvalitet (Agit et al., 2018; Freire et al., 2021; Veal et al., 2018). For det andre er det en tydelig sammenheng mellom smerter og nevropsykiatriske symptomer hos eldre med langtkommen demens (Rostad et al., 2019). Eksempler på nevropsykiatriske symptomer er agitasjon, vokalisering og uro (Jonisdottir & Gunnarsson, 2021). Smerter hos eldre med langtkommen demens knyttes ofte til at sykepleierne ikke forstår signalene på smerte, og nevropsykiatriske symptomer kan derfor forstås som en konsekvens av smerter – samtidig som det er en årsak til underbehandling (Skovdahl, 2020). Helsedirektoratet anslår at 90% av pasientene med demens, vil utvikle nevropsykiatriske symptomer i løpet av et sykdomsforløp. Det er derfor en nasjonal anbefaling at eldre med demens bør utredes for smerter, dersom de viser atferdsmessige symptomer. Eldre med demens blir ofte feilmedisinert med antipsykotika fordi atferd mistolkes, og slike legemidler forbindes med risiko for alvorlige bivirkninger (Helsedirektoratet, 2020). Behandling med antipsykotika vil kunne føre til at atferdsuttrykkene dempes, men det vil ikke behandle underliggende smerter. Det å rette opp i dette senere fremfor å kartlegge smerter med en gang, er både tids- og ressurskrevende (Agit et al., 2018; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021; Veal et al., 2018). Motsatt vil god smertevurdering føre til riktig behandling til riktig tid, bedre arbeidsmiljø samt økt jobbtilfredshet og motivasjon hos sykepleiere (Veal et al., 2018).

Riktig behandling til riktig tid er etter Florence Nightingale å forstå som en viktig sykepleieoppgave. Hun understreker at sykepleieren gjennom observasjon og tolkning, skal danne seg en forståelse av pasienten slik at hjelp ikke må etterspørres (Nightingale, 2008). I nær relasjon til dette står sykepleierens empatiske evne, som handler om å forstå og tolke den andres situasjon og uttrykk (Thoresen, 2013). Det kan ansees som en viktig kompetanse i sykepleien. Når nevropsykiatriske symptomer ikke undersøkes for å være symptomer på smerte, kan dette vise til en svikt i god sykepleie og fravær av empatisk tilnærming. I teori om smerte er det vektlagt at sykepleiere som vurderer eldre med redusert formidlingsevne, må foreta en nøye granskning for å utføre en gyldig og kvalifisert vurdering av smerten (McCafferey & Beebe, 1996). På bakgrunn av dette kan det argumenteres at smerte i større grad må anerkjennes som en utfordring for eldre

med langtkommen demens, slik at gransking prioriteres. Et tydeligere fokus på potensielle smertemarkører, slik Helsedirektoratet anbefaler, kan føre til at smerte i mindre grad mistolkes og feilmedisineres. Forskningen har vist at sykepleiernes forventninger rundt smerter spiller en viktig rolle for hvilken kartlegging og behandling som gis, fordi smerte kan være til stede selv uten tydelige årsaker eller symptomer (Carragher et al., 2020; Fry et al., 2016; Jonisdottir & Gunnarsson, 2021).

Yrkesetiske retningslinjer beskriver at sykepleieren skal bidra til livsmot, understøtte håp og fremme helse (Norsk sykepleierforbund, u.å.). I sum handler dette om å gi god omsorg, og forhindre unødig lidelse. Helsepersonelloven §6 forplikter sykepleiere til å ikke påføre pasient, helseinstitusjon eller samfunnet unødvendig tidstap eller utgifter (Helsepersonelloven, 1999, §6). Eldre med langtkommen demens og smerter, etter Kari Martinsens omsorgsteori, avhengig av sykepleieren. Til gjengjeld er sykepleieren forpliktet til å yte god omsorg (Martinsen, 2008). En av grunnene til at smerte senker livskvalitet hos eldre med demens, knyttes til at det begrenser selvstendighet (Agit et al., 2018; Freire et al., 2021; Fry et al., 2016; Rostad et al., 2019). Underbehandling av smerte vil derfor øke behovet for oppfølging. Smerte fører til mer smerte over tid, og det krever flere ressurser å behandle. Det fører derfor både til tidstap og økte utgifter, og etter "Demensplanen 2025" er det et mål å bidra til ett best mulig liv til tross for demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ved å underbehandle smerte kan det derfor argumenteres for at sykepleiere ikke overholder etiske retningslinjer, lovverk eller regjeringens mål fra demensplanen.

#### 4.5 Implikasjoner for sykepleie

Funnene i denne litteraturstudien har vist hvordan sykepleiepraksisen blir komplisert i møte med eldre med langtkommen demens. Deres symptomer og atferd oppleves som vanskelig å tolke, samtidig som mangel på god tilrettelegging og opplæring bidrar til ytterligere utfordringer. For å møte utfordringene kreves det økt observasjonskompetanse hos sykepleierne. Mange opplever at de har for lite kunnskaper, og vurderingsprosessen inkluderer påfølgende mye usikkerhet. Demensspesifikke smertekartleggingsverktøy er vist å kunne motvirke usikkerheten, men for at verktøyene skal være til hjelp kreves det opplæring og tilrettelegging fra arbeidsplassen. I forhold til dette har vi presentert institusjonelle barrierer, fordi opplæring ofte uteblir.

Funnene viser i tillegg konsekvenser av underbehandlet smerte. Eldre med langtkommen demens får nedsatt livskvalitet samt økt nivå av nevropsykiatriske symptomer. Videre påvirker dette sykepleierne og arbeidsmiljø, fordi det krever økt mengde ressurser og tid. Sykepleiepraksis er ofte omtalt som under press, hvor dette allerede er en mangelvare. Det er derfor viktig jobbe mot å forhindre dette.



## 4.6 Metoderefleksjon

I denne delen skal vi diskutere styrker og svakheter ved vår litteraturstudie. Vi har inkludert forskningsartikler som har vært publisert i nyere tid, som har gitt oss oppdatert kunnskap om tema. Dette kan ansees som en styrke. Det kan på en annen side være en svakhet. Eldre studier kan ha hatt interessante funn som vi ikke har inkludert. Artiklene har i tillegg benyttet seg av ulike metoder, for eksempel kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ data har gitt oss innsikt i hvilke holdninger og erfaringer sykepleierne har rundt tema, og det har bidratt til at vi i større grad kan forstå sykepleiernes perspektiv. Kvantitativ data har gitt oss konkrete tall, og avdekket en større helhet. Ved å inkludere begge deler fikk vi en bredere forståelse.

I søkeprosessen vår har vi hatt konkrete søk, som har gitt oss få treff. Det kan være en svakhet, samtidig som vi opplevde at det gav oss relevante artikler og nesten utelukkende forskning rettet mot vår problemstilling.

En annen styrke er at vi har søkt i flere ulike databaser, for å få et større omfang av forskningsartikler. Vi har inkludert flere artikler fra utlandet, som resultat av at det var lite norsk forskning å innhente. Dette kan sees på som en svakhet, men siden sykdommen og smertevurdering gjøres likt mellom ulike land, har alle artiklene hatt overførbarhet til det norske helsevesenet. For oss har det vært interessant å skape et mangfoldig bilde rundt problemstillingen. En svakhet kan være at vi har oversatt artiklene fra engelsk til norsk, noe som kan ha ført til mistolkninger eller feil ved oversettingen.

I våre vurderinger av forskning og forskningsfunn har vi hatt et tydelig forhold til kildekritikk og egne førforståelser. Dette er tydeliggjort i metodekapittelet. Vi anser det som en styrke fordi vi har validert den inkluderte forskningen, vi har også ryddet bort egne fordommer ved å ta stilling til egne antagelser. Til sist vil vi presentere det som en styrke at vi har vært to stykker som har samarbeidet om oppgaven, diskutert med hverandre og sammen fått en bedre forståelse av forskning og teori.

## 4.7 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få økt forståelse og innsikt i hvordan sykepleiere kan sikre god smertevurdering til eldre med langtkommen demens.

I vår oppgave fant vi stor sammenheng mellom de ulike temaene våre. Sykdommen demens presenterer en tydelig barriere i smertevurdering, og det fører til at sykepleiere i mange tilfeller opplever usikkerhet og lite tillitt i sine beslutninger. Svekket kommunikasjonsevne og tvetydelige smertesymptomer krever økt observasjonskompetanse, og gjør at sykepleieren må bruke empatiske ferdigheter samt

kunnskap og erfaringer om demens for å tolke smertene. Ofte opplever sykepleierne at de ikke har tilstrekkelig kompetanse, samtidig fører dette med seg holdninger som virker negativt inn på smertebehandlingen.

Det er også tydelig at smerte er et aktuelt symptom for eldre med langtkommen demens, som ofte blir underbehandlet. Smerte gir nedsatt livskvalitet og økte nevropsykiatriske symptomer, samtidig som det krever økt mengde ressurser og tid. Underbehandlingen er derfor direkte negativ både for pasienten, sykepleieren og institusjonen. En mulig løsning på utfordringene, ble presentert gjennom demensspesifikke smertekartleggingsverktøy. Ved å sammenligne PAINAD og NRS, ble det tydelig vist at slike verktøy øker kompetansen og kvaliteten i smertevurderingen. I relasjon til dette, er det vist at subjektivitet burde ha en rolle - også ved smertevurdering til eldre med langtkommen demens. Smerte er en personlig opplevelse, selv om personen ikke kan uttrykke dette med ord. I møte med eldre med langtkommen demens, bør sykepleiere derfor kombinere objektive og subjektive data, for å sikre en helhetlig vurdering.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt oss et nytt syn på smerte hos eldre med langtkommen demens. Vi opplever at smerte hos denne pasientgruppen må tas på alvor, fordi det alt for lett kan oversees. Vi har åpnet øynene for bruk av demensspesifikke smertekartleggingsverktøy, som vi tidligere ikke hadde hørt om. Vi har ikke hatt mulighet til å ta for oss smerte som et femte vitalia. For videre forskning hadde det vært interessant å se hvilken effekt det kunne hatt, dersom smerte ble likestilt med andre vitale målinger for eldre med langtkommen demens.

## Referanser

- Agit, A., Balci, C., Yavuz, B., Cankurtaran, E., Kuyumeu, M., Halil, M., Ariogul, S. & Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(4), 186-193.  
<https://doi.org/10.1177/0891988718785765>
- Brennan, P., Greenbaum M., Lemke, S. & Schutte, K. (2019). Mental health disorder, pain, and pain treatment among long-term care residents: Evidence from the Minimum Data Set 3.0. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1146-1155.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481922>
- Carragher, R., MacLeod, E. & Plazas, P. (2020). The objectivity and subjectivity of pain practices in older adults with dementia: A critical reflection. *Nursing Inquiry*, 28(4), 1-9. <https://doi.org/10.1111/nin.12397>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, PA. & Utne, I. (2015). Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving for studenter. (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving. (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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.
- Freire, A., Casacuberta, M., Juvanteny, E. & Aribau, A. (2021). Pain management nursing practice assessment in older adults with dementia. *Nursing open*, 8(6), 3349-3357. <https://doi.org/10.1002/nop2.880>
- Fry, M., Arendts, G. & Chenoweth, L. (2016). Emergency nurses´ s evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1281-1290.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13591>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *Sjekklistet*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Helsedirektoratet. (2022). *Demens – Nasjonal faglig retningslinje*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonelloven – hpl* (LOV-2023-04-28-8).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

Jonisdottir, T. & Gunnarsson, V. (2021). Understanding Nurses 'Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22, 281-292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (3. Utg.). Ad Notam Gyldendal.

Lerdal, A. (2009). Å lese forskningsartikler. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 328-330.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0161>

Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

McCafferey, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter: lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal AS.

MeSH (u.å.). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*. Hentet 28. Mars 2023 fra <https://mesh.uia.no/>

Nightingale, F. (2008). *Notater om sykepleie* (2. Utg.). Gyldendal Akademisk.

Norrbrink, C., Lund, I. & Lundeberg, T. (2015). Smärtanalys och smärtskattning. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2. Opplag, s. 95-100). Studentlitteratur.

Norsk Sykepleierforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26. April 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pain Management Nursing (u.å.). *About Pain Management Nursing*. Hentet 26. April 2023 fra <https://www.painmanagementnursing.org/>

Rostad, H., Grov, E., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 14(79184). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>

Sandvik, R. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108(80594). <https://qoi.org/10.4220/sykepleiens.2020.80594>

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. Utg., s. 416-441). Gyldendal Akademisk.

Søk & skriv. (2023, 20. april). *Søketeknikker*. Hentet 24. April 2023 fra <https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#friteksts%C3%B8k>

Thoresen, L. (2013) Empati – ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0167>

Torvik, K. & Sandvik R. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 397-415). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (7. Opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G. & Winzenberg, T. (2018). Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 9(2), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.002>

Warden, V., Hurley, A. & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>

## Vedlegg

### Vedlegg 1

#### Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

**Instructions:** Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).

Behavior	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Occasional labored breathing</li> <li>Short period of hyperventilation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noisy labored breathing</li> <li>Long period of hyperventilation</li> <li>Cheyne-Stokes respirations</li> </ul>	
Negative vocalization	<ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Occasional moan or groan</li> <li>Low-level speech with a negative or disapproving quality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repeated troubled calling out</li> <li>Loud moaning or groaning</li> <li>Crying</li> </ul>	
Facial expression	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smiling or inexpressive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sad</li> <li>Frightened</li> <li>Frown</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facial grimacing</li> </ul>	
Body language	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaxed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tense</li> <li>Distressed pacing</li> <li>Fidgeting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rigid</li> <li>Fists clenched</li> <li>Knees pulled up</li> <li>Pulling or pushing away</li> <li>Striking out</li> </ul>	
Consolability	<ul style="list-style-type: none"> <li>No need to console</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distracted or reassured by voice or touch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unable to console, distract, or reassure</li> </ul>	
<b>TOTAL SCORE</b>				

(Warden et al., 2003)

**Scoring:**

The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.

**Source:**

Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.

## **PAINAD Item Definitions**

(Warden et al., 2003)

### **Breathing**

1. *Normal breathing* is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. *Occasional labored breathing* is characterized by episodic bursts of harsh, difficult, or wearing respirations.
3. *Short period of hyperventilation* is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. *Noisy labored breathing* is characterized by negative-sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. *Long period of hyperventilation* is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. *Cheyne-Stokes respirations* are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

### **Negative Vocalization**

1. *None* is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. *Occasional moan or groan* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. *Low level speech with a negative or disapproving quality* is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic, or caustic tone.
4. *Repeated troubled calling out* is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. *Loud moaning or groaning* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. *Crying* is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

### **Facial Expression**

1. *Smiling or inexpressive*. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes, and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. *Sad* is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. *Frightened* is characterized by a look of fear, alarm, or heightened anxiety. Eyes appear wide open.
4. *Frown* is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. *Facial grimacing* is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled, as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

### **Body Language**

1. *Relaxed* is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.
2. *Tense* is characterized by a strained, apprehensive, or worried appearance. The jaw may be clenched. (Exclude any contractures.)
3. *Distressed pacing* is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. *Fidgeting* is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging, or rubbing body parts can also be observed.
5. *Rigid* is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (Exclude any contractures.)
6. *Fists clenched* is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. *Knees pulled up* is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (Exclude any contractures.)
8. *Pulling or pushing away* is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him- or herself free or shoving you away.
9. *Striking out* is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

### **Consolability**

1. *No need to console* is characterized by a sense of well-being. The person appears content.
2. *Distractions or reassured by voice or touch* is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction, with no indication that the person is at all distressed.
3. *Unable to console, distract, or reassure* is characterized by the inability to soothe the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

