

# Bacheloroppgave

Smertekartlegge pasienter med alvorlig demens ved bruk av MOBID-2

Kandidatnummer: 641 & 609  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i BSYP-500

Antall ord: 8999  
Dato: 03/01/2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel: Kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem ved bruk av MOBID-2	
<p><u>Innledning:</u> Temaet i denne bacheloroppgaven er smertekartlegging hos pasienter med alvorlig demens. Pasienter med alvorlig demens på sykehjem har ofte språkvansker, som fører til vanskeligheter med å uttrykke smerte. Smerte er et av de symptomene som forekommer hyppigst hos personer med alvorlig demens. Sykepleieres ansvar er å identifisere og vurderer eventuelle smerter hos denne pasientgruppen. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å utforske hvilke faktorer som kan bidra til å avdekke smerte ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2 hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.</p> <p><u>Metode:</u> I tråd med LDH retningslinjer er denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie som metode, vil tilsi en teoretisk oppgave som bygger på data og materiale fra fagbøker og andre skriftlige kilder. Databasene CINAHL og Pubmed er tatt i bruk i denne oppgaven. Dementia AND pain measurement AND nursing homes ga oss 72 treff og 4 studier ble inkludert fra CINAHL. Fra Pubmed tok vi i bruk søkeordet MOBID-2 der fikk vi 13 treff og 1 studie ble inkludert. Basert på inklusjons- og eksklusjons kriterier.</p> <p><u>Resultat:</u> Ulike funn gjort i denne studien indikerer behovet for mer effektiv identifisering og vurdering av smerte hos personer med alvorlig demens ved hjelp av et nøyaktig og enkelt implementerbart smertekartleggingsverktøy. MOBID-2 har vist utmerket pålitelighet. Ulike faktorer som kan bidra til å avdekke smerte ved bruk av MOBID-2 er personsentrert sykepleie og kunnskap- og kvalitetsbevissthet.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Det å vurdere og behandle smerte er en kompleks og vanskelig prosess. Det er flere essensielle faktorer som kan bidra til å kunne avdekke smerte hos en pasient med alvorlig demens ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2. Personsentrert sykepleie er avgjørende for å kunne vurdere smerter ved bruk av smertekartleggingsverktøy hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1 Innledning</b>	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Hensikt og problemstilling	3
1.4 Avgrensning	4
1.5 Begrepsavklaring	5
<b>2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b>	6
2.1 Pasient med alvorlig demens på sykehjem	6
2.2 Smerter	8
2.3 Smertekartleggingsverktøy	9
2.3.1 MOBID (del 1 og 2)	10
2.4 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon	12
2.5 Personsentrert sykepleie	13
2.6 Etikk og lovverk	15
<b>3.0 Metode</b>	16
3.1 Litteraturstudie	16
3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	17
3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur	21
<b>4.0 Resultater</b>	22
4.1 Presentasjon av artiklene i matrise	22
4.2 Syntese av resultatene	26
<b>5.0 Diskusjon</b>	27
5.1 Resultatdel	28
5.1.1 Forutsetning	28
5.1.2 Omgivelser	31
5.1.3 Prosess	33
5.1.4 Utbytte	36
5.2 Metodediskusjon	39
5.2.1 Litteraturstudie og begrensninger	39
5.2.2 Søket og avgrensning på søket	40
5.2.3 Artiklene	41
<b>6.0 Konklusjon</b>	43
<b>Referanseliste</b>	44
<b>Vedlegg</b>	49

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne bacheloroppgaven er smertekartlegging hos personer med alvorlig demens. Ifølge Statistisk sentralbyrå sine beregninger vil antall eldre fra 67 år og oppover øke fra 610 000 i 2020 til 1,4 millioner i 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2020). Denne forventede eldrebølgen vil legge et press på kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig på sykehjemsplasser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 24). Blant sykehjemsbeboere med langtidsplass i Norge lever 84% med en demensdiagnose (Strand et al, 2021). Forekomsten av demens øker fra 60 årsalderen (NHI, 2019). I aldersgruppen 85-89 år beregnes det at en av fem lever med demens (NHI, 2019). I 2020 levde 101 000 personer med en demensdiagnose. Det er en forventet økning til 235 000 i 2050 (FHI, u.å). I de siste fasene av en demensdiagnose har ofte pasientene et behov for døgkontinuerlig omsorg, og da ofte på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26).

Smerte er et av de symptomene som forekommer hyppigst hos personer med demens, blant annet på grunn av kroniske sykdommer som øker med stigende alder (Torvik et al., 2021. s. 397). Smerte er subjektivt, og påvirkes av en rekke faktorer som spiller inn på smerteopplevelsen til den enkelte pasient (R. Bell, 2009). Moderat til alvorlig grad av smerte forekommer hos 43-60% av pasienter med demens (Torvik et al., 2021. s. 398).

Vi har begge jobbet på demensavdeling på sykehjem. Vår erfaring er at det er en kompleks oppgave å avdekke smerter hos pasienter med alvorlig demens. I tillegg har det vist oss hvor vanskelig det kan være å forstå hva smerte er og hvordan det kommer til uttrykk hos den enkelte. Observasjoner vi har foretatt viser at smertekartleggingsverktøy ikke er implementert godt nok i arbeidshverdagen på sykehjem. På grunn av den forventede eldrebølgen i Norge er det ingen tvil om at vi kommer til å møte personer med alvorlig demens som ferdig sykepleiere og ønsker derfor å fordype oss i dette temaet.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har flere funksjonsområder, blant annet å fremme helse og forebygge sykdom (Kristoffersen et al, 2011, s. 17). Dersom ikke sykepleier kartlegger smerter, kan sykepleier heller ikke lindre smerter, og pasientens helse vil ikke bli fremmet. Derfor er en svært viktig sykepleieoppgave å kartlegge smerte hos personer med alvorlig demens som har vanskeligheter med å formidle smerte. Dette er som nevnt innledningsvis ofte en utfordrende og kompleks oppgave (Werner et al, 2019, s. 19). Det er utviklet ulike smertekartleggingsverktøy som skal bidra til å identifisere smerter hos pasienten og som igjen kan føre til bedre smertelindring (Tretteteig, 2016, s. 260). For å kartlegge smerter hos personer med alvorlig demens er det flere faktorer som spiller inn, blant annet personsentrert sykepleie (Husebø, 2009, s. 1998). Personsentrert sykepleie handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever verden og sin egen situasjon (Mathisen, 2015, s. 129).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver faktorer som kan bidra til å avdekke smerte ved bruk av smertekartleggingsverktøy MOBID-2 hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.

Problemstilling: Hvilke faktorer kan bidra til å avdekke smerter ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2 hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?

## **1.4 Avgrensning**

80% av alle sykehjemspasienter har diagnosen demens (Strand et al, 2021) og problemstillingen avgrenses derfor til sykehjem. Grunnen til at fokuset i oppgaven er på personer med alvorlig demens er at de ofte ikke har evnen til å uttrykke smerte verbalt og det anses derfor som en svært viktig sykepleieoppgave å avdekke smerter hos denne pasientgruppen (Tretteteig, 2016, s. 261). Forekomsten av demens øker fra 60 årsalderen (NHI, 2019). Derfor blir oppgaven avgrenset til denne aldersgruppen. Begge kjønn er inkludert da vi ikke ser noen grunn til å skille mellom kjønn i problemstillingens tematikk.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Smerte:** En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade (IASP, 2018).

**Kartleggingsverktøy:** Verktøy som skal føre til å hente inn informasjon for å identifisere potensielle eller akutte sykdomstilstander, i tillegg alvorlighetsgraden (Rotegård et al., 2015).

**Mobid-2:** Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID) er et observasjonsbasert kartleggingsverktøy som er anbefalt til bruk hos personer med alvorlig demens. MOBID 2 kan bidra til å avdekke smerte basert på observasjoner i forhold til atferdsendring (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.).

**Alvorlig demens:** Demens brukes som en fellesbetegnelse på hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt. Demens deles ofte i tre grader: mild, moderat og alvorlig demens (Helsebiblioteket, 2019). Når demenssykdommen forverrer seg til en alvorlig fase, observeres en forvirrende atferd, motorisk uro, og også apati hos noen. Den intellektuelle svikten har gjerne blitt så stor at forståelseevne er blitt svært skadet (Werner et al, 2019, s. 161).

**Oppgaven:** I denne oppgaven beskriver vi pasienten som han og sykepleier som hun. Litteratur vi har innhentet informasjon fra bruker begreper som både langtkommen demens og alvorlig demens. Vi har valgt på grunn av kontinuitet å bruke begrepet alvorlig demens konsekvent.



## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Pasient med alvorlig demens på sykehjem

Sykehjem er en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgnsopphold, behandling og pleie, som krever helsefaglig innsats mer enn som det er praktisk mulig og faglig forsvarlig å yte i pasientens egne hjem. Hovedkriteriet for å få plass på et sykehjem er stort pleie- og omsorgsbehov (Ydstebø, 2021, s. 2).

I henhold til WHO's (2022) beskrivelse at demens er det et klinisk syndrom forårsaket av sykdom i hjernen, vanligvis av progredierende natur, dette fører til endring i flere kognitive funksjoner, inkludert hukommelse, tenkeevne, orientering, forståelse, læring, språk og problemløsning (WHO, 2022). De ulike sykdommene som medfører demens vil utvikle seg forskjellig og i et ulikt tempo, men fellestegn for personer med demens er et gradvis økende behov for hjelp til å utføre hverdagslige oppgaver, personlig hygiene og stell (Ydstebø, 2021, s. 2). Utviklingen av demens deles inn i tre stadier: mild, moderat og alvorlig demens.

Vurdering av subjektive meninger om egen helse og trivsel kan bli problematisk når det gjelder denne pasientgruppen (Ruths, 2005, s. 1192). De grunnleggende behovene som å få i seg tilstrekkelig mat, drikke og hygiene kan være vanskelig å ivareta (Moholt, 2022).

Atferdsendringer oppstår i de fleste tilfeller hos personer med alvorlig demens (Werner et al, 2019, s. 161). Når en pasient med alvorlig demens er urolig er det ofte en bakenforliggende årsak. Uroen kan være et uttrykk for eksempelvis rastløshet, sult, forstoppelse, depresjon, ensomhet eller smerte (Werner et al, 2019, s. 161). I disse situasjoner gjelder det at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse, slik at denne type atferd kan håndteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33). I tillegg til atferds- og personlighetsforandringer, medfører en demensdiagnose vanligvis gradvis tap av språk, og man må være oppmerksom på at språkbarrierer ofte vil skape frustrasjon og utrygghet for pasienten. Å føre en samtale kan i disse tilfeller være vanskelig. Pasienten må få nok tid til å uttrykke seg, og kunnskap om pasientens vaner og livshistorie, observasjoner og informasjon fra pårørende må brukes flittig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33).

Personer med alvorlig demens utvikler i mange tilfeller det som kalles for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33). Ved APSD vil det være psykologiske utfordringer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og angst, eller atferdssymptomer som apati, manglende hemninger, aggresjon,

irritabilitet og avvikende motorisk atferd som for eksempel vandring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33). Disse atferdsendringene kan være forårsaket av kroppslige endringer og ytre stimuli, der psykologiske, biologiske og sosiale forhold kan spille en rolle. Atferden kan også vises som et uttrykk for eller forsøk på å mestre egen funksjonssvikt eller reaksjon på endret livssituasjon. Forhold ved den aktuelle demenssykdommen, for eksempel smerte, kan spille en rolle ved APDS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33).

## 2.2 Smerter

Smerte er subjektivt, og påvirkes i ulik grad av psykologiske, biologiske og sosiale faktorer (IASP, 2011). Verbal kommunikasjon er bare én av flere måter å uttrykke smerte på. En manglende evne til å kommunisere sin egen smerte verbalt betyr ikke at personen ikke opplever smerte og er uten behov for smertebehandling (Werner et al, 2019, s. 163).

Personer med alvorlig demens er ikke alltid i stand til å uttrykke smerte på grunn av redusert hukommelse, manglende refleksjonsevne og svekket språkbeherskelse (Torvik et al., 2021. s. 405). De språklige utfordringene demenssykdommen fører med seg senere i sykdomsprosessen vil føre til at pasienten har vanskeligheter med å uttrykke og forklare sin smerteopplevelse. Personer med alvorlig demens har ofte mangelfull innsikt i egen funksjon og situasjon. Dette medfører at pasienten ikke vil klare å erkjenne eller neglisjere sine fysiske symptomer, herunder smerter (Werner et al, 2019, s. 161). Redusert hukommelse vil medføre at pasienten har vanskelig med å huske at han har hatt vondt og i tillegg utfordrende å vurdere graden av smerte (Werner et al, 2019, s. 161). Smerter vil påvirke den kognitive funksjonen hos pasienten, og omvendt vil den svekkede kognitive funksjonen påvirke evne til å uttrykke smerte hos pasienter med alvorlig demens (Torvik et al., 2021. s. 404).

Å vurdere og identifisere smerter hos pasienter med demens når det verbale språket er redusert byr ofte på ulike utfordringer (Torvik et al., 2021. s. 405). Sykepleier sitt ansvar er å observere atferd som tegn på smerte (Torvik et al., 2021. s. 405). Det er derfor viktig at sykepleieren observerer og kartlegger smerter hos pasienter med alvorlig demens på en grundig måte (Rokstad, 2020, s. 207).

## 2.3 Smertekartleggingsverktøy

Systematisk kartlegging med standardiserte verktøy bidrar til konsekvent registrering, avdekking av smerteproblem, og god kommunikasjon vedrørende smerte og smertelindring mellom sykepleier og lege (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). De ulike skjemaene bidrar til økt bevissthet på smerteproblematikk hos personer med en demensdiagnose. Kunnskap om pasientens grunnlidelser er viktig, og kan bidra til å gi sykepleier en indikasjon om type smerte, lokalisasjon og hvilket medikament som er egnet (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62).

Smertekartlegging ved alvorlig demens handler om å observere pasientens ansiktsuttrykk (strammer munnen, rynker bryn), verbalisering (klager, roper, stønner), kroppsbevegelser (masserer, vandrer, avverge), endring i sosial funksjon (isolerer seg), endring i rutiner/aktiviteter (uro, søvnforstyrrelser) og endring i mental status (psykose, delir) (Galek & Gjertsen, 2011, s. 63). Smertekartlegging skal være tilpasset den enkelte pasient. Pasienten skal bli tatt hensyn til og sykepleier skal finne potensielle årsaker for smerte, observere atferd, prøve ut smertestillende midler, kartlegge, re-kartlegge og dokumentere (Galek & Gjertsen, 2011, s. 63).

Utfordringen er at typisk smerteatferd kan ligne på vanlig atferd hos personer med alvorlig demens. For eksempel at pasienten er aggressiv og motsetter seg i stell, dette kan komme av selve sykdommen og at pasient ikke vet hvor han er, i tillegg kan dette også være et atferdsmønster som kan tyde på smerter (Werner et al, 2019, s. 161). En person med alvorlig demens har ofte lite ansiktsmimikk og unngår øyekontakt, noe som gjør det utfordrende å kartlegge smerte. Hver pasient har sine unike smerteuttrykk (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). Personer med alvorlig demens er avhengig av kjente omsorgspersoner, som kjenner deres normale atferd og som vil reagere på endring (Husebø, 2009, s. 1995). Det er utviklet ulike verktøy som skal hjelpe helsepersonell til en strukturert vurdering av sannsynlige tegn til smerte, et eksempel på et slikt verktøy er MOBID-2 smerteskala (Tretteteig, 2016, s. 263).

### 2.3.1 MOBID (del 1 og 2)

Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID) er et observasjonsbasert kartleggingsverktøy som er opparbeidet av Husebø et al (2008). Hensikten bak MOBID er å sikre at personer med alvorlig demens får sitt behov for kompetent smertevurdering og behandling dekket (Husebø, 2009, s. 1996). Sykdomsutviklingen fratar de viktigste metodene til å evaluere smerte: anamnese og sykehistorie fortalt av pasienten selv. Hos pasienter med demens vil observasjon av atferd, sykehistorie fortalt av andre, kroppssundersøkelse og kartlegging av smerterelaterte diagnoser gi viktig informasjon om mulige smerteplager (Husebø, 2009, s. 1996). Verktøyet kan bidra til å avdekke smerte basert på sykepleierens observasjoner med hensyn til atferdsendring (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.).

MOBID registrerer smerteatferd og smerteintensitet ved å observere pasienten med alvorlig demensatferd og intensitet når han blir mobilisert. Det blir gjennomført fem vanlige mobiliseringer der pleier leder pasienten til å: åpne begge hender, strekke armene mot hodet, bøye og strekke ankler, knær og hofter, snu seg i sengen og sette seg opp på sengekanten (Husebø, 2009, s. 1996). Pleieren vurderer pasientens respons. Etter hver bevegelse pasienten utfører, settes det ett kryss for smerterelatert atferd som lyder («Au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker), ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene), samt avvergereaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg). Mobiliseringen avsluttes om man observerer atferd som kan være tegn på smerte. Deretter tolkes atferden ut fra en 0-10 punkts skala, NRS (numerical rating scale), hvor 0 er ingen smerte mens 10 er verst tenkelige smerte (Husebø, 2009, s. 1997).

MOBID ble videreutviklet av Husebø et al (2010) og en del 2 av MOBID tilkom. Denne delen inkluderer å observere smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud hos pasienten. En kroppsskisse ble inkludert for å øke personalets oppmerksomhet. Pleieren oppfordres til å lokalisere smerteatferd på kroppsskissen, i tillegg til å angi smerteintensitet på NRS, basert på observert smerteatferd eller ytret smerter hos pasientene i løpet av den siste uken. Når alle elementer, 0-10 er skåret, gis det avslutningsvis en helhetlig vurdering av pasientens smerte på smerteintensitetsskallen (Husebø, 2009, s. 1998).

MOBID-2 er det eneste verktøyet som blir brukt i dag som systematisk går over hele kroppen for å kartlegge intensitet og lokalisasjon (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.). Pleiepersonalet som kjenner pasienten fra det daglige stell, har de beste forutsetninger for å vurdere pasientens atferd med henblikk på smerteproblemer ved hjelp av personsentrert sykepleie (Husebø, 2009, s. 1996).

## 2.4 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon

Sykepleierens funksjonsområde innebærer å hjelpe mennesket uavhengig om det er sykt eller friskt, man skal utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (Mathisen, 2015, s. 126). Sykepleieren har åtte ulike funksjonsområder: helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, veiledning, administrasjon, ledelse, fagutvikling og forskning (Mathisen, 2015, s. 127). I oppgaven ligger fokuset på helsefremming og forebygging fordi det er mest relevant med hensyn til å avdekke smerter ved bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med alvorlig demens. Dette er viktig for at pasienten ikke skal ha smerter og for å forebygge symptomer på APSD, noe som innebærer både forebygging og helsefremming (Husebø et al., 2009, s. 1996).

I punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjer beskrives sykepleierens ansvar som en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, u.å.). De faglige retningslinjene fra helsedirektoratet beskriver at virksomheten skal legge til rette for at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom og skade, i dette tilfellet smerte. I tillegg har sykepleieren ansvar for å gi og tilrettelegge for pleie og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet. Dette er noe vi vil bruke i oppgaven grunnet viktigheten bak å gi riktig behandling til pasienter med alvorlig demens som etterfølger av god smertekartlegging, og å følge opp tiltak som skal bli satt i etterkant av smertekartlegging (Helsedirektoratet, 2022).

Undersøkelser viser at personer med alvorlig demens ofte er underbehandlet for smerte (Werner et al, 2019, s. 161). Utilstrekkelig smertekartlegging eller manglende bevissthet hos sykepleiere er faktorer som kan avgjøre underbehandling av smerter (Husebø et al., 2009, s. 1996). Sykepleierens oppgave er å identifisere smertetilstander, iverksette aktuell behandling og vurdere effekt, altså sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen beskriver hvordan vi går frem for å sikre helhetlig og individuell sykepleie, dette er for å sikre at pasienten får den hjelpen han har krav på (Sørhøy & Heir, 2021). Metodens fem trinn er: 1. datainnsamling, 2. Kartlegging av brukerens ressurser og behov, 3. Målsetting, 4. Planlegge og gjennomføre tiltak og 5. vurdering (Sørhøy & Heir, 2021). Gode kunnskaper om demenssykdommer, smerte og smertekartlegging er viktig for å kunne sikre at disse fem trinnene blir gjennomført på best mulig måte, og dermed oppnå god behandling og forebygging av smerter og ubehag. (Husebø et al., 2009, s. 1997).

## 2.5 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie er essensielt for å kunne ivareta grunnleggende behovene til en pasient med alvorlig demens som ikke kan ivareta disse selv (Mathisen, 2015, s. 129).

Personsentrert sykepleie i demensomsorgen handler om å se og møte personen med demens som et unikt menneske gjennom hele demensforløpet (Rokstad, 2020, s. 52). Dette innebærer å legge til rette for å ivareta den enkeltes behov (nasjonalt senter for aldring og helse, u.å).

Personsentrert sykepleie legger vekt på at pasienten er en person, et helt menneske som også har psykososiale behov (McCormack og McCance, 2006, s. 472). Brendan McCormack og Tanya McCance (2006) utviklet et rammeverk for personsentrert sykepleie. Konseptet baserer seg på individuell omsorg som benyttes i praksis. Sykepleierens ansvar er å danne et klart bilde om hva pasienten verdsetter og forstå hva som truer pasientens verdier (McCormack og McCance, 2006, s. 474). Ferdigheter som å se muligheter og kreative løsninger er essensielt, og ikke må sykepleier ha fokus på involvere alle berørte i situasjonen (McCormack og McCance, 2006, s. 474). Kunnskap om personens vaner og livshistorie, observasjoner og informasjon fra pårørende bidrar til å danne sykepleie-pasient relasjonen (McCormack og McCance, 2006, s. 473).

I rammeverket til McCormack og McCance (2006) bruker de en sirkel som modell, denne tar for seg de ulike elementene som må være til stede for å oppnå forsvarlig personsentrert sykepleie gitt til pasient. Rammeverket beskriver fire hovedelementer som er vesentlig for utøvelsen: Forutsetninger (som fokuserer på egenskapene og holdningene til sykepleier), omgivelser (som fokuserer på konteksten omsorgen utføres i), prosess (hvordan forholdet mellom pasient og sykepleier, samt sykepleieutøvelsen utvikler seg over tid) og utbytte (som et resultat av sykepleien og pasientens tilfredshet) (McCormack og McCance, 2006, s. 475). Personsentrert sykepleie tar på alvor at pasienten er et helt menneske som har psykososiale behov som skal dekkes (McCormack og McCance, 2006, s. 473).

Omsorg og behandling må være individuelt tilpasset. Individuell behandling av personer med demens sikres ved at det utformes en tiltaksplan som beskriver personens interesser, ressurser og behov, som også angir hvordan disse skal møtes gjennom konkrete tiltak (Rokstad, 2020, s. 59). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg blir det mer nødvendig å forstå og tolke pasients atferd (Rokstad, 2020, s. 59). All atferd er meningsfull i personsentrert



sykepleie. Når en person utagerer og er frustrert har det ofte en bakomliggende årsak (Werner et al, 2019, s. 161). Motorisk uro kan være uttrykk for engstelse og utrygghet, mens sinneutbrudd under stell kan være utløst av smerter eller minne av et traume (Werner et al, 2019, s. 161).

## 2.6 Etikk og lovverk

I de yrkesetiske retningslinjene beskrives det at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og dens iboende verdighet (NSF, u.å.). Dette innebærer at sykepleien må utøve pleie på en slik måte at pasientens integritet ivaretas. Det er sykepleierens ansvar å ivareta de grunnleggende behovene på en forsvarlig måte om pasienter ikke klarer dette selv (NSF, u.å.). Personer med alvorlig demens er en pasientgruppe som ofte har et behov for at sykepleier må hjelpe med å ivareta de grunnleggende behovene.

Helsepersonelloven § 4 omhandler forsvarlighet og sier: “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon forøvrig” (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Pedersen et al., 2020, s. 38). Lov om helsepersonell setter krav til at helsehjelp skal utøves i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Begrepet forsvarlighet handler om en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan helsepersonell bør utøve sykepleie. Hovedelementet er at pasienten som mottar helsehjelp ikke skal skades eller at de skades som følge av at de ikke får hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 29).

For å utøve forsvarlig sykepleie må sykepleiere ha kunnskap og ferdigheter som til sammen utgjør den grunnleggende kompetansen som forventes av sykepleiere. Videre har man som sykepleier en plikt til å holde seg faglig oppdatert (NSF, u.å.). Mangel på kunnskap kan føre til feilvurdering og behandling (NSF, u.å.). Det er leder på arbeidsplassen har ansvar for å blant annet sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse hos de ansatte (NSF, u.å.).

Helsehjelpen som pasienter mottar, skal baseres på samtykke fra pasienten. Det vil si at pasienten har en grunnleggende rett til å si nei eller ja til hjelpen. Samtykkekompetansen omhandler pasientens evne til å forstå hva han faktisk sier nei eller ja til (Molven, 2015, s. 91). Videre har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, § 3-1 tredje ledd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

### **3.0 Metode**

Metode i en forskningsartikkel skal besvare problemstilling og forskningsspørsmål etter hensikt og mål. Metodedelen beskriver hvordan forskerne går frem for å produsere kunnskapen, og hvorfor akkurat denne metoden ble valgt (Gjevjon, 2019).

#### **3.1 Litteraturstudie**

Den foreliggende oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie som metode vil si en teoretisk oppgave som bygger på data og materiale fra fagbøker og andre skriftlige kilder (Popenoe et al, 2021, s. 175). En litteraturstudie innebærer systematisk søking etter informasjon og kritisk gransking, i tillegg sammenligning av litteratur innenfor valgt tema. Formålet er å gi en syntese av data fra tidligere eksisterende empiriske studier (Popenoe et al, 2021, s. 176).

### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Da vi begynte søkeprosessen så vi på nøkkelordene i problemstilling: MOBID-2, avdekke smerte, alvorlig demens og sykehjem. Deretter begynte vi med å finne emneordene vi skulle bruke i det strategiske søket i CINAHL. Det var naturlig å begynne søket med MOBID og/eller MOBID 2. Deretter søkte vi videre med nøkkelordene “Pain tools”, “uncover pain” “servere dementia”. Det fantes ingen emneord på disse ulike begrepene. Vi endte det strategiske søket med søkeordene og kombinasjonen: Dementia AND pain measurement AND nursing homes som ga forskningsartikler som besvarte på problemstillingen.

Vi hadde ulike krav til forskningsartiklene og flere faktorer skulle ekskluderes. Vi valgte først å avgrense søket til ti år, men etter kort tid valgte vi å utvide søket til 15 år fordi vi ønsket flere treff. Vi fikk 72 treff når vi avgrenset til 15 år, i tillegg til språkavgrensningene, sammenlignet med 39 treff når vi avgrenset til 10 år. Artiklene skulle ha et forståelig innhold, dermed skulle artiklene være på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

Et vesentlig kriterium for å vite at en artikkel er en forskningsartikkel er at den har IMRAD-struktur; introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2020, s.157). I tillegg skulle forskningsartiklene være fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. At en artikkel er fagfellevurdert vil si at den er vurdert av flere eksperter innen feltet (Dalland, 2020, s.158). Vi søkte opp tidsskriftene de utvalgte artiklene våre var publisert i gjennom kanalregisteret, dette er et register over vitenskapelige publiseringskanaler (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

Etter det strategiske søket satte vi et krav om at artiklene skulle handle om pasienter med alvorlig demens på sykehjem. I tillegg skulle smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 være anvendt i artiklene, samt sykepleierens perspektiv på identifisering og vurdering av smerte. Vi leste gjennom overskriftene på alle artiklene og ekskluderte de som ikke var relevant for problemstillingen. Da sto vi igjen med 60 artikler som vi leste sammendrag på. Ut ifra disse leste vi til sammen 30 hele forskningsartikler. Basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier sto vi tilslutt igjen med ti forskningsartikler. Ytterligere inklusjonskriterier var at forskningsartiklene skulle omhandle personer med alvorlig demens over 60 år som bor på et sykehjem. Vi ønsket hovedsakelig studier som er utført i Norge, og andre land som har sammenlignbart helsevesen. Grunnet at det var såpass få forskningsartikler som handlet om

MOBID som også inkluderte andre inklusjonskriterier, ble en studie fra USA inkludert i oppgaven.

Vi fant fire relevante forskningsartikler i databasen CINAHL. Vi har valgt å ta i bruk smertekartleggingsverktøy MOBID-2 som ble utviklet i Norge, men enda ikke implementert i andre land (Husebø, 2009, s. 1996). Dette har gjort søkeprosessen vanskeligere for oss å finne forskningsartikler som handler direkte om MOBID i CINAHL, grunnet CINAHL er en database som er internasjonal, men har spesielt god dekning av amerikanske tidsskrifter (LDH, 2022). I CINAHL fant vi to artikler som handlet spesifikt om hvilke faktorer som kan bidra til å avdekke smerte ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2. Disse var naturlig å inkludere. De resterende forskningsartiklene fra CINAHL var relevante, grunnet at de tar for seg sykepleierens perspektiv ved å identifisere og vurdere smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem. Dette perspektivet er viktig å ha med for å se ulike vinkler og for å diskutere om kartleggingsverktøy alene kan avdekke smerte. I tillegg belyser forskningsartiklene viktigheten av å ha et validert og ferdigutviklet smertekartleggingsverktøy implementert i arbeidsplassen.

Det var naturlig å ta et supplerende søk i databasen PubMed. Dette er fordi PubMed er verdens største database innen sykepleie (Berteussen, L. M., 2021). Vi brukte kun søkeordet MOBID-2 og fikk opp 5 artikler. Da fikk vi opp en forskningsartikkel som handlet om MOBID 2 og tillegg svarte på problemstillingen i oppgaven vår. Derfor valgte vi å inkludere denne i oppgaven.

## Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 1/11-22	Pubmed 5/11-22
Søkeord og kombinasjoner	Dementia AND pain measurement AND nursing homes	MOBID-2
Avgrensninger i søket	Fra år 2008, 15 år. Språk: engelsk, dansk, svensk og norsk.	Fra år 2012. Språk: engelsk og norsk
Antall treff totalt	72	13
Antall gjennom leste titler	72	13
Antall gjennom leste abstrakt	60	13
Antall gjennomlest fulltekstartikler	30	4
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusions- og eksklusjonskriterier	4	1
Ytterligere inklusions- eksklusjonskriterier	Alvorlig demens 60+, Land i Europa og USA, pasienter på sykehjem.	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4	1

Inkludert artikkel nummer 1	<p>Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, &amp; Ljunggren AE. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 23(1), 180–189.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.xH">https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.xH</a></p>	
Inkludert artikkel nummer 2	<p>Monroe, T. B., Parish, A., &amp; Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29(5), 316–320.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007</a></p>	
Inkludert artikkel nummer 3	<p>Burns, M., &amp; McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21(10), 479–487.</p> <p><a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479">https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479</a></p>	
Inkludert artikkel nummer 4	<p>Sandvik, R. K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A., &amp; Husebo, B. S. (2014). Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. <i>European Journal of Pain</i>, 18(10), 1490–1500.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1002/ejp.523">https://doi.org/10.1002/ejp.523</a></p>	

Inkludert artikkel nummer 5		Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. <i>European journal of pain (London, England)</i> , 18(10), 1419–1430. <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.507">https://doi.org/10.1002/ejp.507</a>
-----------------------------	--	--

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

All informasjon som presenteres i oppgaven er hentet fra forskning, teori og fagkunnskap som eksisterer fra før av (Dalland, 2020, s. 199). Hovedsakelig baserer litteraturen som er brukt i oppgaven på tidligere pensumlistene på Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH), og Oria søkemotor (Oria, u.å). Vi har valgt å ta i bruk litteratur av Husebø et al gjennom hele oppgaven. Husebø et al har utviklet og bygget smertekartleggingsverktøy MOBID. Nettsider som er utviklet for personer med demens er også tatt i bruk. Relevant og oppdatert fagkunnskap blir brukt.



## 4.0 Resultater

Oppgaven tar for seg fem ulike forskningsartikler som blir brukt for å besvare problemstilling. Disse artiklene er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. Vi har vurdert artiklene ved bruk av validert sjekklister, disse ligger under “vedlegg”.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R. & Husebo, S.B. 2009. Universitet i Bergen, Norge.	Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake.	Hensikten med studien var å undersøke intra- og interater pålitelighet av smerte atferdsindikatorer, utledet smerteintensitet samt den totale MOBID smerteskalaen.	Metoden som er brukt er å finne ut påliteligheten av Mobid smerteskalaen ved bruk av videooptak. Dette er en kvantitativ studie. Forskningen er utført på sykehjem i Bergen. 26 sykehjemspasienter med alvorlig demens og kroniske smerter. 11 primære omsorgspersoner, med lang arbeidserfaring. 3 eksterne vurderere fra røde kors sykehjem i Bergen. Omsorgspersonene ble delt inn i 2 grupper, den ene gruppen	Funnene til studien tilsier at MOBID smerteskala har vist til å være tilstrekkelig pålitelig til å vurdere smerter hos eldre personer med alvorlig demens. Og at reliabiliteten av smerteintensitetsskårene viser seg å øke ved gjentatte vurderinger. Mobid smerteskala ble vist å være tilstrekkelig pålitelig til å vurdere smerte hos eldre personer med alvorlig demens.	Randomisert kontrollstudie

				kjente pasientene fra før. Mens den andre gruppen ikke gjorde det.		
CINAH L	Monroe, T. B., Parish, A., Mion, L.C. 2015, Vanderbilt University, Nashville.	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia	Hensikten med studien var å utforske sykepleiernes tips og praksis for å identifisere og lindre smerter hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvalitativ studie. En utforskende studie som bruker fokusgruppe metodikk som ble utført ved to pleieinstitusjoner i Nashville.	Funnene underbygger videre bruk og utvikling av skalaer for atferd for ubehag for å hjelpe til med å håndtere smerter. Og får frem erfaringer fra sykepleierne som forteller at vurdering av smerter hos pasientgruppen er en kompleks oppgave. Og behovet for en stor andel informasjon fra pasienten selv, familien, miljøet rundt, medisinsk journal og kolleger er sentralt for å kunne vurdere og behandle smerte. Denne prosessen tar tid siden sykepleier må bli kjent med pasienten.	Kvalitativ studie
CINAH L	Sandvik, R.K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A. & Husebo, B. S. Universitet i Bergen, Norge. 2014.	Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster	Hensikten med denne studien er å evaluere effekten av smertestillende behandling på smerteintensiteten som et nøkkelresultat	Denne studien var en 8-ukers randomisert kontrollstudie som sammenlignet effekten av den trinnvise protokollen for behandling av smerteintervensjon med kontroll hos personer med demens som bor på norske sykehjem. Forsøket inkluderte en 4-ukers utvaskingsperiode med ytterligere oppfølging ved 12 uker.	MOBID 2-skalaen brukt i denne studien har vist utmerket pålitelighet og følsomhet til dags dato, og denne studien bekrefter dens nytte ytterligere i forskning. MOBID-2 har viste pålitelighet ved smerteskåren og smerteintensitetsskåren i studien.	Randomisert kontrollstudie

		randomized trial.				
CINAHL	Burns, M. & McIlpatrick, S. (2015).	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.	Kartlegge sykepleierens kunnskap og holdninger til smertevurdering for personer med demens på et sykehjem.	Tverrsnittundersøkelse design fra 17 forskjellige sykehjem, 96 sykepleiere. Hovedmålet med studien var å undersøke sykepleieres kunnskap og holdninger til smertevurdering ved demens.	Sykepleiere beskriver at de kan stole på tradisjonelle modeller for smertekartlegging hos personer med alvorlig demens. Bruke smerteindikatorer som endringer i oppførsel og stemningsleie for å få en korrekt smertekartlegging.	Tverrsnittstudie
Pubmed	Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia	The MOBID 2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia	Hensikten med studien er å utforske MOBID-2 skalaens test-retest reliabilitet, feilmålinger og respons på endringer.	Studien ble utført i forbindelse med en randomisert kontrollert studie av effekt av smertebehandling på atferdsforstyrrelser hos 352 sykehjempasienter med avansert demens fra 18 norske sykehjem. Fordelt i to grupper; kontrollgruppe og intervensjonsgruppe.	Resultatet viste troverdighet på i kontrollgruppen. Verktøyet viser seg at den er i stand til å måle effekten av smertelindrende tiltak i intervensjonsgruppen. Det var ingen spesielle sammenheng mellom endring i skår sammenlignet med de andre verktøyene.	Randomisert sjekklister.

patients with dementia. European journal of pain, 18(10), 1419- 1430.					
--	--	--	--	--	--

## 4.2 Syntese av resultatene

Syntese av resultatene av relevante funn fra valgte forskningsartikler vil bidra til å besvare problemstillingen: *Hvilke faktorer kan bidra til å avdekke smerter ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2 hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?*

Det å arbeide systematisk med smerte hos personer med alvorlig demens er en kompleks oppgave, og byr ofte på ulike utfordringer når det verbale språket er redusert.

Adferdsmønster, kvalitet i tjenesten, tid, arbeidspress og personsentrert sykepleie er faktorer som påvirker kartlegging av smerter hos personer med alvorlig demens. En effektiv vurdering av smerter krever bruk av adekvat smertekartleggingsverktøy utviklet for personer med alvorlig demens. Studier viser at smertekartleggingsverktøy ikke er implementert godt nok i praksis. Kartleggingsverktøyet MOBID-2 viser pålitelighet for å avdekke smerte hos personer med alvorlig demens, i tillegg viser verktøyet at det er i stand til å måle effekten av smertelindrende tiltak.

## 5.0 Diskusjon

Funn fra egen oppgave bekrefter at de fem ulike forskningsartiklene (Burns & McIlfatrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014) fokuserer på ulike faktorer som bør være tilstede for å kunne kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens. Den viktigste forutsetningen sykepleieren må ha for å kunne avdekke smerte hos pasienten ved bruk av kartleggingsverktøy MOBID 2 er personsentrert sykepleie. For å kunne utøve personsentrert sykepleie er det en del faktorer som må være på plass for å kunne kartlegge smerter. Dette innebære å ha et validert smertekartleggingsverktøy i tillegg til kunnskap og kompetanse (Burns & McIlfatrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014).

I resultatdelen av oppgaven vil vi besvare problemstillingen ved bruk av de utvalgte forskningsartiklene, det teoretiske grunnlaget, relevant lovverk og etikk som er presentert tidligere i oppgaven. Vi har valgt å ta i bruk rammeverket til McCormack og McCance (2017) som tar for seg personsentrert sykepleie i et forsøk på å besvare problemstillingen. I modellen til McCormack og McCance tar vi først for oss den ytterste ringen i rammeverket som handler om forutsetninger og avslutter med kjernen; utbytte. For å nå kjernen av rammeverket må det først vurderes forutsetninger, og nødvendig omsorgsmiljø (omgivelser) for å gi effektiv omsorg gjennom omsorgsprosessen (prosess). Denne ordningen fører til oppnåelse av resultatene - den sentrale komponenten i rammeverket (McCormack & McCance, 2017). Konstruksjonene er sammenhengene og er avhengig av hverandre. I metodediskusjon diskuterer vi styrker og svakheter knyttet til egen metode.

## 5.1 Resultatdel

### 5.1.1 Forutsetning

Forutsetninger tar for seg egenskapene og holdningene en sykepleier må ha for å kunne kartlegge smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem. Kompetanse, holdninger og verdier og kvalitet er viktige nøkkelord i denne delen av rammeverket til McCormack og McCance (2006). Samtlige forskningsartikler (Burns & McIlpatrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014) viser at de viktigste forutsetninger som må ligge til grunn for å kartlegge smerter hos personer med alvorlige demens er et validert smertekartleggingsverktøy og undervisning.

Alvorlig demenssykdom kan frata pasienten mulighet til å rapportere sine egne behov, eksempelvis smerte. I disse tilfellene må pasientens smerte vurderes av en sykepleier (Sandvik, 2020). Helhetlig smertebehandling vil forutsette at den enkelte pasientens smerte er identifisert og kartlagt. Det vil innebære kunnskap om hvor smerten er, intensiteten, og hvordan smerten oppleves (Sandvik, 2020). I studien til Monroe et al (2015) ble det identifisert flere faktorer som kan bidra til å avklare om en pasient med alvorlig demens på sykehjem opplever smerte og hvilke omgivelser som må ligge til rette for å kunne avdekke smerte. Disse inkluderte sykepleiernes kliniske ekspertise, kommunikasjon med familien, og behovet for å kjenne pasienten over lengre tid (Monroe et al, 2015). Det er viktig å kartlegge smertene slik at det er tilpasset pasienten, og ta hensyn til helsepersonelloven § 4 som handler om at helsehjelp skal utøves i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Resultater fra forskningsartiklene (Burns & McIlpatrick., 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014) viser at virksomhetene har mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging av smerteproblematikk. Individualisering av pleie og behandling blir konsekvensen av mangelfull smertekartleggingsverktøy i praksis. Ved å ha systemer med prosedyrer hvor flere tilnæringsmåter i kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon av smerte inngår, ville arbeidet med diagnostikk og behandling av smerte bli mer systematisk og en bedre kvalitet sikres (Burns & McIlpatrick., 2015).

Undervisning er viktig for å implementere smertekartleggingsverktøy. I nasjonal faglig retningslinje for demens er det gitt faglige anbefalinger om hvordan lindrende behandling bør tilpasses personer med alvorlig demens (Helsedirektoratet, 2022). Gjennom tilskudd til kompetansehevede tiltak innen lindrende behandling og omsorg er det etablert prosjekter for å styrke ansattes kompetanse. Det er videre utviklet e--læringskurs for helsepersonell om demens og lindrende behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 89). I følge demensplanen 2025 skapes og opprettholdes gode helse- og omsorgstjenester når pasienten møter personell med høy faglig kompetanse og faglig bredde, og når det oppstår et godt samspill mellom pasient og personell, der pasienten føler verdighet og trygghet. Dette vil kreve kontinuerlig oppmerksomhet på både kompetanse og kompetanseutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32).

Sykepleierne i studien til Burns & McIlpatrick (2015) skulle identifiserer sine læringsbehov, der bedre forståelse av smertekartleggingsverktøy ble nevnt av flere deltagere. I tillegg ble det nevnt behovet for bedre opplæring om demensomsorg og smertebehandling (Burns & McIlpatrick, 2015). I løpet av sykepleierutdanningen danner sykepleiere kunnskap og ferdigheter som til sammen utgjør den grunnleggende kompetansen som forventes av sykepleiere (NSF, u.å.). I tillegg har sykepleiere en plikt til å holde seg faglig oppdatert (NSF, u.å.). For å tilfredsstille pasientens smerter trengs det tydelig veiledning og opplæring for sykepleierne (Burns & McIlpatrick, 2015).

Feilvurdering av smerter og symptomer på APSD (atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) kan føre til at pasientene får beroligende legemidler som antipsykotika eller antidepressiva istedenfor smertelindrende tiltak (Husebø et al, 2014; Sandvik et al, 2014; Werner et al, 2019, s. 162). Dette støtter viktigheten av å ha et validert pålitelig smertekartleggingsverktøy implementert i praksis og kompetanse hos sykepleiere som skal identifisere og vurdere smerter (Burns & McIlpatrick., 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014).

Pasienter som viser APSD eller har andre symptomer på ubehag, bør bli utredet og eventuelt behandles for smerte (Helsedirektoratet, 2022). Sykepleier sine funksjoner i denne oppgaven er helsefremming og forebygging. Dette er viktig for at pasienten ikke skal ha smerter og for å forebygge symptomer på APSD. I helsedirektoratets retningslinjer om demens som bygger på aktuelt lovverk som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, understreker at særlig



oppmerksomhet er påkrevet for å oppdage smerte hos pasienter med alvorlig demens med kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2022). Det presiseres også i helsedirektoratets retningslinjer at smerteutredningen bør gjennomføres ved bruk av strukturerte verktøy for å tilpasse smertelindring etter behov (Helsedirektoratet, 2022). I to av studiene (Husebø et al., 2009; Sandvik et al., 2014) underbygges faktumet om at strukturerte verktøy for å kartlegge smerte er avgjørende for å kunne tilpasse smertelindring til den enkelte pasient.

En viktig forutsetning i studien til Husebø et al (2009) var at deltakerne hadde lang arbeidserfaring og hadde jobbet på sykehjemmet i minst et år. Erfaring og kvalifiseringstid er to viktige faktorer som påvirker sykepleierens kunnskap og holdninger (Burns & McIlpatrick, 2015). I tillegg hadde alle deltakerne fått undervisning i smerte etter oppstart på arbeidssted (Husebø et al, 2009). Dette er noe som bidrar til å bedre kunnskap hos personalet som igjen kan føre til bedre smertekartlegging hos personer med alvorlig demens (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Funnene til Husebø et al (2009) underbygger viktigheten med å ha gode forutsetninger for å kunne bruke smertekartleggingsverktøy i praksis; kompetanse, holdninger, verdier og kvalitet i arbeidet.

### 5.1.2 Omgivelser

I rammeverket til McCormack og McCance (2006) fokuserer omgivelser på konteksten omsorgen utføres i for å kunne legge til rette for å avdekke smerte ved bruk av smertekartleggingsverktøy hos pasienter med alvorlig demens (McCormack & McCance, 2006). Flere studier viser at kvalitet og kunnskapsbevissthet er to viktige faktorer for å kunne avdekke smerte ved bruk av kartleggingsverktøy; MOBID-2 hos personer med alvorlig demens (Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Sandvik et al., 2014).

I Monroe (2015) sin studie identifiserte de en rekke ansvarsområder sykepleier har med tanke på å kartlegge smerter: behovet for konstant årvåkenhet, omsorg og pleie for familien og pårørende, vilje til å prøve og feile, og å ha beboernes komfort og livskvalitet i fokus (Monroe et al, 2015). For at dette skal kunne være til stede må sykepleieren ha tid, støtte og motivasjon fra kolleger og ledelse, i tillegg til et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende.

En av de mest utbredte utfordringene når det gjelder å identifisere smerter hos den aktuelle pasientgruppen, er dårlig bemanning, som fører til mangel på tid til å vurdere og identifisere smerte effektivt (Burns & McIlpatrick, 2015). I tråd med NSF har ledere på arbeidsplassen ansvar for å sikre tilstrekkelig bemanning, noe som ofte er avvikene i praksis (NSF, u.å). Underbemanning kan føre til mangelfull sykepleie, uønskede hendelser, i tillegg til at sykepleieverdiene kommer i press. Dette kan føre til feil i medikamenthåndtering og vurdering av smerter (Werner et al, 2019, s. 162). Sykepleien bygger seg på helsepersonelloven §4 der formålet er at pasienten som mottar helsehjelp ikke skal skades eller at de skades som følge av at de ikke får hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleier har krav om å følge lovverk, men underbemanning kan være til et hinder (NSF, u.å)

Husebø et al (2014) underbygger utfordringen med å fange opp smerteatferd hos personer med alvorlig demens, spesielt når sykepleieren ikke kjenner pasienten. Personsentret sykepleie vil øke kvaliteten på smertelindring hos pasienter med alvorlig demens grunnet at alle mennesker uttrykker smerte på sin individuelle måte (Husebø et al, 2009). For å kunne fremme helse og forebygge sykdom må sykepleierne ha kompetanse om ulike lover og data, som de yrkesetiske retningslinjene. For å utøve sykepleie på en kompetent måte må hun ha oppdatert kunnskap, relevante ferdigheter og personlige egenskaper (NSF, u.å.). Sykepleieren

har selv ansvar for å dekke sine kunnskapsmangler og er pålagt å tilegne seg ny kunnskap (NSF, u.å.). Mangel på kunnskap kan føre til feilvurdering og behandling (NSF, u.å.).

### 5.1.3 Prosess

Elementet prosess fra rammeverket tar for seg forholdet mellom pasient og sykepleier. Som er en viktig faktor som bidrar til å kunne avdekke smerte ved bruk av smertekartleggingsverktøy; MOBID-2. I tillegg hvordan sykepleieutøvelsen utvikler seg over tid. Sentrale nøkkelbegreper er involvering, inkludering og samarbeid og det å være til stede (McCormack & McCance, 2006). Forskning viser at personsentrert sykepleie er avgjørende for å kunne kartlegge smerter hos en pasient med alvorlig demens (Burns & McIlfratrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014).

Selv om personer med alvorlig demens har svekket kognitiv funksjon er det fortsatt viktig å etablere en likeverdig kontakt (Rokstad, 2020 s. 56). Det å sette seg inn i pasientens perspektiv, som ofte ikke kan uttrykke seg verbalt om sine egne smerter er å praktisere personsentrert sykepleie. Når demenssykdommen utvikler seg og er på et alvorlig stadium vil det være nødvendig å forstå og tolke pasientenes atferd som kommunikasjon (Rokstad, 2020 s. 57).

Det at helsepersonellet bruker tid på å bli kjent med pasienten knyttes til viktigheten av å etablere en relasjon for å få kjennskap til personen, i tillegg troen på å oppnå en likeverdig kontakt. Forskningsartiklene vi har brukt i denne oppgaven (Burns & McIlfratrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014) beskriver at sykepleierne må ha kjennskap til pasientens liv og dagligdagse væremåte for å kunne identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens. Å hente inn informasjon og danne seg et bilde over pasientens liv er avgjørende for å kunne utøve personsentrert sykepleie (Rokstad, 2020 s. 57). Monroe et al (2015) sammenligner det å kartlegge smerte hos en person med demens som å pusle et kompleks puslespill. Dette innebærer å hente inn en store mengder informasjon fra pasienten selv fra tidligere fase av sykdommen, familien og nære pårørende, miljøet rundt og journalen (Monroe et al, 2015). Pårørende er de som oftest har mest kunnskap om pasienten (Rokstad, 2020 s. 57). I tillegg er personsentrert sykepleie en viktig faktor for å kunne avdekke smerten hans. Disse brikkene i det komplekse puslespillet må være på plass for å kunne vurdere og behandle smerte hos pasienter med alvorlig demens adekvat (Monroe et al, 2015).

De ulike forskningsartiklene (Burns & McIlfratrick, 2015; Husebø et al., 2009; Husbø et al., 2014; Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014) understreker at den avgjørende faktoren som kan bidra til å avdekke smerte hos pasienter med alvorlig demens ved bruk av kartleggingsverktøy MOBID 2, er personsentrert sykepleie. De ulike observatørene i studien til Burns og McIlfratrick (2015) beskriver at prosessen for å danne en relasjon med pasienten er tidkrevende, men det er avgjørende for å kunne forstå kroppsspråket og måten de uttrykker seg selv og smerte på. Husebø et al (2009) støtter påstanden, og viser gjennom studien en høyere reliabilitet ved bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID hos observatørgruppen som kjente pasienten og hans vanlige atferd fra før.

I Husebø et al (2009) tester de MOBID ved bruk av videoopptak, der observatørene i studien så på videoopptak av utførelse av smertekartlegging ved bruk av MOBID, og skulle score kartleggingsverktøyet deretter. Noen av observatørene kjente pasienten fra tidligere, mens den andre observatør gruppen ikke kjente pasienten. Ved bruk av MOBID viste det seg at reliabiliteten av verktøyet var bedre i en morgenstell situasjon (Husebø et al., 2009). Når forsvar ble minst hyppig observert. Når mer subtile tegn på smerte er tilstede, ledsaget av uttrykk for forundring, anstrengelse eller frykt, var det vanskelig for observatørene å registrere pasientens smerteadferd (Husebø et al, 2009). Resultatene til studien understreker omsorgspersonenes tolkning av hva smerte betyr for pasienten (Husebø et al, 2009). Studien viser klart at sykepleiergruppen som kjente pasienten fra tidligere viste best resultat og mest reliabilitet ved bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID. Dette understreker viktigheten bak personsentrert sykepleie-pasient relasjon. At omsorgen og pleien gis på et sykehjem der pleierne ofte kjenner pasienter er med på å styrke personsentrert sykepleie. Der sykepleiere kjenner pasientene kontra på et sykehus der ofte sykepleieren ikke har like god kjennskap til pasientene (Rokstad, 2020, s. 53).

Et støttende sosialt miljø er viktig for personer med alvorlig demens. Dette innebærer familie, venner og personalet (Rokstad, 2020 s. 56). Det er viktig å ta i bruk de ressursene man har for å skape den personsentrerte relasjonen mellom pasient og sykepleier. Familie og pårørende er en viktig ressurs. I tillegg har familien, pårørende eller verge et stort ansvar og skal være med på å ta ulike valg når pårørende har en de er glad i med alvorlig stadium av demensdiagnose på sykehjem (Monroe et al, 2015). I pasient- og brukerrettighetsloven tilsier at dersom pasienten med demens ikke er i stand til å ivareta sine interesser på grunn av sykdommen har nærmeste pårørende rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 (Pasient-

og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Videre har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten om pasienten dersom han mangler samtykkekompetanse, § 3-1 tredje ledd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Familiemedlemmer ble ofte diskutert som partnere og tilretteleggere for å bestemme beboernes komfortnivåer og personsentrerte strategier for å fremme komfort. Sykepleiere måtte dermed ikke bare fokusere på beboernes komfort, men også på familiens komfort (Monroe et al, 2015).

#### 5.1.4 Utbytte

Utbytte er resultatet av sykepleien og pasientens tilfredshet for kartlegging av smerter hos pasienter med alvorlig demens. Et viktig nøkkelord under dette elementet er helsefremmende kultur (McCormack & McCance, 2006). Forskning viser at det er flere faktorer som må ligge til rette for å kunne kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens. Når disse faktorene er på plass er det viktig å ha et pålitelig kartleggingssystem. MOBID-2 har utmerket seg (Sandvik et al., 2014; Husebø et al., 2014; Husebø et al., 2009).

På bakgrunn av forskningsartiklene og fagkunnskapen vi har tatt i bruk i bacheloroppgaven kommer det frem at alvorlig demens kompliserer smertekartlegging på grunn av redusert minne og evnen til å uttrykke seg verbalt (Monroe et al., 2015; Sandvik et al., 2014; Burns & McIlfratrick, 2015; Husebø et al., 2014; Husebø et al., 2009). Dette fører til at selvrapporing av smerte ikke er tilstrekkelig hos personer med alvorlig demens. Personalet på sykehjem må observere atferd for å avdekke og vurderer smerte hos pasienter med alvorlig demens. I studien til Burns & McIlfratrick (2015) identifiserte flertallet av sykepleierne faktorer som agitasjon, tap av appetitt, redusert bevegelighet, endring av ansiktsuttrykk og vokalisering som smerteindikatorer. Selv om sykepleieren anerkjenner viktigheten av smertekartlegging ved demens, tyder det på at det er lett å forveksle smerte og andre problemer som f.eks delirium, som vil kunne føre til feilbehandling (Burns & McIlfratrick, 2015). I forskningsartikkelen til Monroe et al (2015) rapporterer sykepleiere at det var vanskelig å fastslå om en person med demens hadde smerter og ytterligere vanskeligheter med å bestemme omfanget eller intensiteten knyttet til smerten. Dette underbygger viktighet med et smerteverktøy som tar for seg både intensiteten og omfang som MOBID 2 gjør.

I forskningsartikkelen til Sandvik et al (2014) indikerte MOBID-2 del 1-vurdering at mesteparten av smerten var et resultat av guidede bevegelser av bena og fra å snu seg i sengen. MOBID-2 del 2 viste at de hyppigst berørte stedene var bekken/kjønnsorganer og hud (Sandvik et al, 2014). Husebø et al (2014) viser til at i MOBID-2 skalaen, del 1, at bevegelser av hofter, knær og ankler og å snu seg i sengen var de mest smertefulle elementene relatert til muskel- og skjelettsystemet (2014). De mest smertefulle stedene som kan være relatert til indre organer, hode og hud (MOBID-2 del 2) (Husebø et al, 2014). Dette underbygger faktumet at MOBID er et validert kartleggingssystem som fanger lokasjon og intensitet av smerter.

Vanligvis bidrar tilstedeværelsen av smerte til mindre mobilisering av pasienten, kontrakturer og ofte mer smerte. Å avdekke problemet og gi personalet et smertekartleggingsverktøy som en forutsetning for smertebehandling er viktig (Husebø et al, 2009). Basert på standardiserte bevegelser og smerteatferd ble MOBID-skårene for smerteintensitet vist å være tilstrekkelig pålitelige til at sykepleiere kunne vurdere smerte relatert til muskel- og skjelettsystemet (Husebø et al, 2009).

I studien til Husebø fant de lavere reliabilitet med hensyn til smerteintensitet, mens tilstedeværelsen av smerte ved observasjon av smerteatferd var mer nøyaktig (Husebø et al, 2009). Utfordringene i disse studiene kan støtte behovet for systematiske observasjoner av smerteatferd, også under standardiserte aktiviteter, som grunnlag for smerteintensitetscoren (Husebø et al, 2009). Videre har Husebø et al (2014) utviklet MOBID videre til MOBID-2 der del 2 inneholder en smerteintensitet score. Her skal sykepleier observere pasienten og vurdere smertens intensitet. NRS er den mest brukte smerteskalaen i det norske helsevesenet, men det avhenger av at pasienten klarer å uttrykke seg verbalt. Det avhenger også av at sykepleieren har klart å fange opp at pasienten har smerter, og lokasjon på smerten før neste steg som er en prosess med smertebehandling (Husebø et al, 2009).

Sandvik et al (2019) undersøkte forekomsten av smerte hos personer med demens. Ulike funn indikerer behovet for mer effektiv identifisering av smerte hos personer med alvorlig demens ved hjelp av et nøyaktig og enkelt implementerbart vurderings- og overvåkingsverktøy. MOBID 2- som er blitt brukt i studien har vist utmerket pålitelighet. Forskning viser videre av Husebø et al (2009) at MOBID er et pålitelig smertekartleggingsverktøy. Dette forsterkes videre i nyere forskning (Husebø et al, 2014). Resultatene fra forskningen viser at MOBID kan regnes som pålitelig og gyldig. Den første hypotesen i studien viste seg å stemme der smerte ville avta mer hos de pasientene som fikk økt smertestillende kontra de pasientene som fortsatte med pleie og behandling som vanlig. Dette underbygger faktumet at MOBID- 2 er et valid kartleggingsverktøyet som identifiserer smerte (Husebø et al, 2014). Det kommer frem i studien at kartleggingsverktøyet er tidseffektivt, som vil si at den er godt egnet på et travelt sykehjem. MOBID-2 baserer seg på observasjoner observatøren gjør, og vil da være et godt alternativ for personer med demens som ikke er i stand til å uttrykke smerte og intensitet verbalt. På den andre siden kan endringer i mental status, sosialisering, rutiner eller aktivitetsmønster være faktorer som blir påvirket dersom personen med alvorlig demens har



smerter. Disse faktorene kommer ikke frem ved bruk av MOBID-2, og viser nødvendigheten av en mer sammensatt smertekartlegging der flere verktøy blir tatt i bruk (Husebø et al, 2014).

## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Litteraturstudie og begrensninger

Denne oppgaven er en litteraturstudie som er i tråd med Popenoe et al (2021). Det vil alltid være styrker og svakheter i ulike studier (Popenoe et al, 2021). I tråd med LDH sine retningslinjer har oppgaven noen krav og begrensninger. Første kravet var at man kunne ha 4-6 forskningsartikler, og at man minst måtte hente 2 av forskningsartiklene via databasen CINAHL i et strategisk søk. Dette førte til begrensninger, spesielt for vår oppgave som hadde norskbasert verktøy. Om dette ikke hadde vært et krav, kunne vi ha brukt flere andre norske databaser på forskningsartiklene som Idunn og sykepleieforskning. Da kunne vi ha hatt flere relevante artikler vi kunne ha lest gjennom og eventuelt brukt, som kunne ha bidratt til at oppgaven hadde vært sterkere.

I tillegg kunne vi bare ha et strategisk søk for å finne forskningsartiklene vi ville ta i bruk i oppgaven. Dette kan ha vært med på å gjøre det vanskeligere om vi ønsket å se på ulike perspektiver og finne de ulike artiklene med forskjellige søkeord. En fordel med litteraturstudien er at vi startet med prosjektbeskrivelsen våren 2022. Da hadde vi lite kunnskap om hvordan vi skulle utforme og skrive en bacheloroppgave. Vi fikk øvd oss på å utføre forskningssøk og bli kjent med databasene som er tatt i bruk i denne bacheloroppgaven. Vi så på temaet og problemstillingen med nye øyne i høsten 2022, og spisset problemstillingen en gjentatte ganger. I tillegg har oppgaven en begrensning på 9000 ord som førte til at problemstillingen og oppgaven blir begrenset.

### 5.2.2 Søket og avgrensning på søket

I søkeprosessen og utvelgelse av artiklene brukte vi hovedsakelig søkemotoren CINAHL. Fordi vi tok i bruk en norskutviklet smerteskala finnes det hovedsakelig norsk forskning på dette tema. Vi valgte å gjøre et supplerende søk i databasen PUBMED, der vi fant flere norske artikler ved søkeordet MOBID. Dette var nødvendig fordi vi trengte en artikkel som omhandler selve MOBID-2 smertekartleggingsverktøyet, og flere artikler som svarte direkte på problemstillingen. To av artiklene som ble tatt i bruk fra CINAHL handler om erfaringer og holdninger til sykepleiere, men der ble det ikke tatt i bruk MOBID-2 smerteskala. Ulempene er at alle ikke handler om selve MOBID-2, men smertekartleggingsverktøy generelt. Dette er både en svakhet og fordel i vår studie. Det er en svakhet fordi to av artiklene ikke svarer direkte på problemstillingen, men fordelen er at de tar for seg smertekartlegging hos personer med alvorlig demens generelt og oppgir hvilke faktorer som er nødvendig at er tilstede for å kunne avdekke smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem. I tillegg er det å kartlegge smerter universelt (Galek & Gjertsen, 2011, s. 63). Det å se på ulike perspektiver ved kartlegging av smerter fra ulike land kan være med på styrke oppgaven. Det optimale for vår problemstilling hadde vært om alle fem forskningsartiklene omhandlet MOBID eller MOBID-2. I CINAHL fant vi to som omhandlet MOBID-2 (Husebø et al, 2009; Sandvik et al, 2014) og én i Pubmed (Husebø et al, 2014) som var relevant for oppgaven.

Som nevnt er MOBID-2 et norskbasert verktøy og det er ikke mange som har forsket på dette. Grunnet dette har vi vært nødt til å se bort ifra anbefalinger om å avgrense søket til 10 år. Vi har en artikkel fra 2009 (Husebø et al). Husebø et al utviklet og formet MOBID, og de var de første som forsket på kartleggingsverktøyet MOBID. Vi har derfor valgt å ta med denne artikkelen. De andre artiklene er innenfor avgrensningen på 10 år.

### 5.2.3 Artiklene

For å besvare problemstillingen i denne bacheloroppgaven tar vi i bruk ulike studier som bruker ulike metoder for å få frem ulike perspektiver og vinklinger (Popenoe et al, 2021, s. 175). I denne bacheloroppgaven hadde artiklene som omhandlet MOBID-2 en randomisert kontrollstudie som metode. Randomisert kontrollstudie er den mest optimale studien for å undersøke og se om en behandling eller tiltak fungerer, i dette tilfelle MOBID-2 (kilde). Dette bidrar til å styrke oppgaven. Forskningsartikkelen til Burns et al (2015) har tverrsnittstudie som metode. Der undersøkte de en større gruppe mennesker avgrenset til en bestemt tidsperiode. Dette er med på å styrke oppgaven grunnet at den undersøkte 96 sykepleiere sin kunnskap og holdninger, i tillegg til faktorer som bidrar til å kunne kartlegge smerte hos pasienter med alvorlig demens ved bruk av intervju.

Studien til Monroe et al (2015) er en kvalitativ studie som viser erfaringer og faktorer sykepleiere innehar på lukket demensavdeling på sykehjem. Ved bruk av kvalitativ intervjumetode, slik som i denne forskningsartikkelen, er det viktig å ivareta integriteten hos personene som blir intervjuet både under og i etterkant av intervjuet, når resultatene fortolkes og presenteres (Fangen, K., 2022). I kvalitativ metode, ved hjelp av intervjuer eller observasjoner, tolker man enkeltmenneskers opplevelser, holdninger og erfaringer for å oppnå en større forståelse av sosiale fenomener (Aanesen, 2020). Det vil gi en fyldigere og mer detaljert forståelse av enkeltmenneske, samt en bredere forståelse av helheten i deres situasjon (Aanesen, 2020). I kvalitative studier vil etiske overveielser spille en stor rolle, fordi det er studier som fokuserer mer på mening og innhold enn bredde og omfang som i kvantitative studier (Fangen, K., 2022).

I studien til Husebø et al (2009) er undersøkelsen gjort over videoopptak, og to separate grupper med observatører så videoopptak av helsepersonell som utfører øvelsene på pasientene ved bruk av MOBID. Observatørene skulle gradere og score smertene på MOBID smertekartleggingsverktøy gjennom videoopptakene. En av gruppene med observatører kjenner pasientene og deres daglige rutiner og vaner, samt deres normale tilstander, mens den andre gruppen observatører ikke gjør det (Husebø et al, 2009). Dette er både en styrke og svakhet. At kartleggingen blir gjort over videoopptak kan svekke kvaliteten, der man ikke kan gi den personsentrert sykepleie som personer med alvorlig demens på sykehjem trenger. Samtidig styrker dette at personsentrert sykepleie er en styrke for at en sykepleier skal kunne avdekke smerte ved bruk av MOBID-2. Alle forskningsartiklene handler om pasienter med

alvorlig demens. Personer med alvorlig demens som har språkvansker kan ikke selvrappor-  
ter smerter og ikke gi tilbakemelding (Torvik et al., 2021. s. 405). Problemstilling vår er: “Hvilke  
faktorer kan bidra til å kunne avdekke smerter ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2  
hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?”. Ved å styrke oppgaven kunne vi  
omformulert problemstillingen og valgt erfaringer ved bruk av MOBID-2 og deretter valgt  
bare kvalitative studier. På den andre siden så var det fra før av få artikler som handlet om  
MOBID og ingen av de forskningsartiklene vi har gått gjennom hadde kvalitative studier som  
metode.

## 6.0 Konklusjon

Denne bacheloroppgaven har siktet på hvilke faktorer som kan bidra til å avdekke smerte ved bruk av kartleggingsverktøyet MOBID-2 hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem, sett fra et sykepleieperspektiv. Til tross for at smertekartlegging hos personer med alvorlig demens er en kompleks oppgave har funnene i oppgaven vår belyst flere faktorer som bør være til stede for å utføre en grundig smertekartlegging.

Først og fremst, er personsentrert sykepleie essensielt for å kunne kartlegge smerter hos denne pasientgruppen. Personsentrert sykepleie kan være tidkrevende, og derfor vises det som viktig at sykepleierne får tid, støtte og motivasjon fra kolleger og ledelse, tillegg til et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende. Sett i lys av hovedfunnet der personsentrert sykepleie bidrar til bedre kartlegging av smerter, må faktorer som å ha integrert et validert, pålitelig smertekartleggingsverktøy ligge til grunn. Funn fra forskningsartiklene tilsier at virksomhetene har mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging av smerteproblematikk. Ved å ha systemer integrert i praksis som smertekartleggingsverktøyet MOBID-2, kan det bidra til å øke kvaliteten på sykepleie. Sykepleieren ha nok kompetanse og ha kvalitetsbevissthet. Erfaring og kvalifiseringstid er to viktige faktorer som påvirker sykepleierens kunnskap og holdninger (Burns & McIlpatrick, 2015). Resultatet viste at smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er et validert og pålitelig verktøy (Husebø et al., 2009; Husebø et al., 2014; Sandvik et al., 2014). Til tross for funnene, er det ikke gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen om tematikken. Derfor kan det være usikkerhet tilknyttet til konklusjonen i denne oppgaven.

Å implementere smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 i praksis vil pasienter med alvorlig demens få en grundigere smertekartlegging, og minske muligheten for feilbehandling og feilmedisinering av pasientgruppen. Det vil muligens minske usikkerheten hos sykepleierne for å feiltolke atferd, og skape en større bevisstgjøring hos pasienter med alvorlig demens og smerter.

## Referanseliste

Aanesen, K. H. (2020). *Hvordan velge forskningsmetode?* NDLA

<https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:860e0dc0-7691-4b90-ba3b-8a00c39c9448/topic:1:6422199b-cd4c-4728-8560-e357482c14d2/resource:39227a08-71d4-4526-97c0-86c55e01cc0e>

Berteussen, L. M. (2021). *PubMed*. Store Norske Leksikon <https://sml.snl.no/PubMed>

Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal akademisk.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=pain+management+nursing&tv=true>

Fangen, K. (2022). *Kvalitativ Metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Galek, J. & Gjertsen, M. (2011) *Personer med demens får bedre smertebehandling*.

*Sykepleien*. 99(13):62-64. 10.4220/sykepleiens.2011.0194

Gjevjon, E. R. (2019). Forskjeller og likheter mellom forskningsartikkel og fagartikkel.

*Sykepleien.no*. Doi:10.4220/Sykepleienf.2019.79023

Helsedirektoratet (2019, 14. oktober). *Smerte*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsedirektoratet (2022, 11. mai). *Nasjonal faglig retningslinje: 13. Lindrende behandling til personer med demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holthe, T. & Tretteteig, S. (2016). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 258-271). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Husebo, B. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskriftet: den norske legeforening*. 19, 2009; 129: 1996–8. <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>
- Husebo B.S., Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, & Ljunggren AE. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180–189.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x>
- Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European journal of pain (London, England)*, 18(10), 1419–1430. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>
- Hveem, P. (red.). (u.å.). *Mobid-2*. Nasjonalt senter for aldring og helse.  
<https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/mobid-2/>
- International association for the study of pain (2011). *Pain terms and definition*. IASP.  
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. F, Nortvedt. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s.15-28). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lovisenberg diakonale høgskole (2020, 17. januar) *Databaser og nettressurser*  
<https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>



McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Moholt, A. (2022) *Demens kan deles inn i tre stadier*. Lommelegen. <https://www.lommelegen.no/nervesystemet/demens/artikkel/demens-kan-deles-inn-i-tre-stadier/75088156>

Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Nasjonalt senter for aldring og helse (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Aldring og helse <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

NHI (2019). *Ulike demensformer*. <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>

Norsk sykepleierforbund (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. NSF. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Oria (u.å) *lovisenberg diakonale høyskole* <https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=LOVISHS>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Popenoe, R., Langius-Eklof, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4) 175-186. DOI: 10.1177/2057158521991949

Rokstad, A. M. M. (2020) Personsentrert omsorg. A. M. M. Rokstad & K. Smebye (Red.), Personer med demens; møte og samhandling (utg 2., s. 51-60) Cappelen Damm Akademisk.

Rotegård (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1. (5. utg., s. 244– 270). Cappelen Damm Akademisk.

Ruths, S. (2005). Nytteverdien av skjermede enheter for demente, *tidsskriftet: den norske legeforening*. 125: 1191-4 . <https://tidsskriftet.no/2005/05/medisin-og-vitenskap/nytteverdien-av-skjermede-enheter-demente>

Sandvik, R. K. N. M. (2019). *Smerte hos eldre og personer med demens*. Oslo-universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Avdeling%20for%20smertebehandling/Smerte%20hos%20eldre.%20Reidun%20Sandvik.pdf>

Sandvik, R. K. N. M. (2020). *Slik vurderer du smerte hos personer med alvorlig demens*. Sykepleien. no [10.4220/Sykepleiens.2020.80594](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594) Sykepleien 2020;108(80594):e-80594

Sandvik, R. K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A., & Husebo, B. S. (2014). Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. *European Journal of Pain*, 18(10), 1490–1500. <https://doi.org/10.1002/ejp.523>

Statisk sentralbyrå (2020). *Vi blir stadig eldre*. SSB <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-blir-stadig-eldre>

Sørhøy, M. S. & Heir, W. (2021). *Problemløsende metode*. Nasjonal digital læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:f644f829-4e7a-4e74-a63a-342ef786f68a/topic:2:37b13b03-3aae-4d98-971a-135a49014c56/topic:2:c685d71c-a243-4405-8fa7-67c2bef69dfe/resource:219d54c0-e0f9-4060-844c-dc0808f6ed48>

WHO. (2022 , 20. september). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>

Ydstebø, A. E. (2021). *Hjemmeboende personer med demens: Hva påvirker deres livskvalitet og bruk av helse- og omsorgsressurser?* Tidsskrifter for omsorgsforskning Vol.7, Utg.1  
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-08>

## Vedlegg

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).



### **Kritisk vurdering av:**

Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European journal of pain*, 18(10), 1419-1430.

# Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

## 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

### Kommentar:

Populasjon er 352 pasienter med alvorlig demens fra 18 norske sykehjem.

Tiltak er pasientene i kontrollgruppen som fikk pleie og behandling som normalt, det ble prøvd ut test-rest over to ukers intervall. 6 hypoteser ble prøvd ut i intervensjonsgruppen. Hypotesene gikk ut på verktøyets respons på behandlingstiltak, og sammenhengen på skår ved MOBID-2 sammenlignet med skår på verktøy som kartlegger problematferd, psykisk tilstand, ADL, MMSE og fysisk funksjon. I resultatet sammenligner de to ulike metodene for å se om kartleggingsverktøyet MOBID-2 er pålitelig og hensiktsmessig å bruke i praksis. Utfallet er at MOBID 2 er pålitelighet og viser at MOBID 2 er i stand til å måle effekten av smertelindrende tiltak.

## 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

**Kommentar:**

Det er ikke oppgitt hvordan randomiseringen ble utført. Måten forskningsartikkelen ble utført på og er fremstilt virker det som om dette er gjort på en riktig måte. For å finne ut av dette kunne vi kontaktet forfatterene.

**3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

**Kommentar:**

Frafall er beskrevet, der 14 døde i studieperioden: 8 i kontrollgruppen og 6 i innervasjon gruppen. Alle deltagerne ble analysert i gruppen de ble randomisert til, det viser studien tydelig i de ulike fem tabellene. Flere detaljer finnes under resultat delen, der studien tar for seg de to ulike gruppene nøye og sammenligner disse.



## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

#### Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Smerte er temaet i denne studien. Studien beskriver at smerte er subjektivt og ved at en gruppe fikk mer smertebehandling enn den andre kan være med på å gi systematiske feil. Alle pasienter fikk optimalisert behandling av en ekspertgruppe basert på data samlet inn under registrering og før randomisering, samt etter studiens slutt. Dette betyr at pasientene ble tatt bedre vare på når det gjelder smertebehandling. Bruk av smertestillende midler ved behov var tillatt for alle pasienter, og ingen ble fjernet fra den pågående smertebehandlingen.

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

**Kommentar:**

Gruppene var så og si helt like, unntak var at det var litt flere kvinner i intervensjonsgruppen. Små forskjeller vil det ofte være i en slik randomisering da det ikke alltid går opp at det skal bli 50/50. Det tyder også på at det er blitt en ordentlig randomisering.

## 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:**

Denne studien skulle ha to ulike behandlingsplan for å sammenligne og oppdage om MOBID-2 fungerte. Kontrollgruppen fikk lik behandling som vanlig, mens intervensjonsgruppen fikk medikamentell behandling for å se om MOBID-2 er hensiktsmessig.

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?

- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

### **Kommentar:**

Det er beskrevet tydelig de ulike utfallene og de ble presenterer på en oversiktlig og relativ. Ble presentert i tabell som gjør man får et oversiktlig helhetlig bilde og man kan sammenligne de to ulike gruppene. MOBID-2 smerteskala scorer høyere i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen, noe som var forventet. Frafall i de to gruppene var differansen på 2. Det som kan ha påvirket resultatene er det at smerte er subjektiv og personer med alvorlig demens ofte ikke har evnen til å uttrykke smerte verbalt, men derfor ble det brukt kartelggingsverktøy MOBID 2.

## **8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

**Kommentar:** Studien har rapportert konfidensintervall, interkvartilbredde og standardavvik tilpasset rapporteringen av de ulike utfallene.

## **9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?

- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:**

Etikk ble snakket mye om og bivirkninger rapportert for hver gruppe. Test-rest pålitelighetsverdiene for denne studien noe mindre gunstige enn intervensjonsgruppen, på grunn av det lengre tidsintervallet som ble brukt 8 uker. Selv om pasientene fikk behandling og pleie som vanlig, kan tilstanden deres fortsatt svinge over tid, og smertestillende eller andre behandlinger kan startes eller avsluttes i løpet av periodene på 2 uker mellom vurderingene.

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

#### Kommentar:

Deltagerne i studien er fra ett norsk sykehjem og derfor veldig relevant. Utfallene i studien er viktig for pasienter med alvorlig demens, grunnet 43-60% av disse har smerte. Kartlegge smerte er essensielt og viktig som går på pasientens grunnleggende behov. I denne studien kommer det frem at MOBID-2 er pålitelig og hensiktsmessig å bruke til denne pasientgruppen.

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

#### Kommentar:

Dette tiltaket koster ikke penger, men man trenger kompetanse. Dette trengs å bli iverksatt i praksis og da kan man spare tid fordi pasienten sine smerter blir avdekket og kan begynne på behandling. Som fører til at pasienten kan bli mer rolig, ikke utagere.

## Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

Konklusjonen vår om denne studien er at smerte er subjektiv og det er vanskelig å randomisere disse pasientene i hver gruppe fordi pasientene har ikke evnen til å uttrykke seg verbalt og fortelle om sin smerte, men igjen MOBID- 2 virker å være ett pålitelig kartleggingssystem og det har kommet tydelig fram i sammenligne av kontrollgruppen og intervensjonsgruppen.

# **CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES**

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

# INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

## JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

## JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.



# JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Idun Viken Date 05/11-22

Author Burns, M. & McIlfatrick, S. Year 2015 Record Number \_\_\_\_\_

Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

96 sykepleiere deltok I studien fra UK. Majoriteten av sykepleieren hadde en god forståelse for viktigheten bak å avdekke smerte ved bruk av kartleggingsverktøy, men det ble er ikke implementert godt nok i praksis grunnet ulike utfordringer som; arbeidspress, sykepleiemangel, personsentret sykepleie.

---

---

---

---

# EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

*How to cite:* Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

## Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

### 1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

### 2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

### 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

### 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

### 5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

### 6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

## **7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?**

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

## **8. Was appropriate statistical analysis used?**

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, & Ljunggren AE. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180–189. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.xH>

# Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

## 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

### Kommentar:

Studien er en kvalitativ studie som skal utforske reliabiliteten til MOBID-smerte skala. Smerte oppførsel og smerte intensitet hos eldre personer med alvorlig demens. Dette skal de finne ut ved bruk av videoopptak. Studien er egentlig en observasjonsstudie, med dette fantes det ikke sjekklister på helsebiblioteket sine hjemmesider. Så brukte en annen sjekklister som lignet.

## 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

### Kommentar:

Studiestedet var det største sykehjemmet i Norge, et 174-sengers institusjon bestående av 16 avdelinger med 8–12 pasienter hver, lokalisert i Bergen. Inklusjonskriterier var alder >65 år, alvorlig demens ved Mini-Mental State Examination (MMSE) (46) (MMSE <12), og har en vanlig pårørende, verge eller advokat. Pasienter med langtidspluss som ble mistenkt for å ha kroniske smerter (>3 måneder) (47) ble inkludert, vurdert av avdelingsansvarlig lege. Eksklusjonskriterier var delirium, psykose, og pasienter ble ikke vurdert for inkludering dersom de ble tildelt korttidsinnleggelse eller palliativ behandling. 26 pasienter oppfylte kriteriene for deltakelse.

## 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er grunner til frafall beskrevet?

- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

**Kommentar:**

Alle deltagerne ble gjort rede for i slutten av studien, og studien opprettholdt planlagt lengde.

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

#### Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

#### Kommentar:

Alle deltagerne var eldre sykehjemsbeboere med alvorlig grad av demens, som hadde smertehistorikk fra tidligere.

Sykepleierne/observatørene i studien var erfarens sykepleiere. Ene gruppen med observatører kjente ikke pasienten fra før når de kartla smerten, mens den andre gruppen kjente pasientene fra tidligere.

### 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?



- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:**

Deltageren og observatørene ble behandlet likt.

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:**

Resultatene ble presenter ved bruk av tabeller og fritekst.

### 8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

**Kommentar:**

### 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?

- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:**

Effekten av tiltaket viser reliabiliteten av smertekartleggingsverktøyet og at gruppen som kjente pasienten fra før viste høyere reliabilitet ved kartleggingen.

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

#### Kommentar:

Resultatene vil være overførbart i egen praksis, når funnene tilsier at MOBID-skala er et reliabelt verktøy som kan fange opp smerteatferd og smerteintensitet og pasientene.

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

#### Kommentar:

Ressurser som krever at vi kan ta i bruk dette verktøyet er opplæring av selve verktøyet og smertevurdering. Samt bedre system og rutiner for bruk av verktøyet, og implementere det på arbeidsplassen. Dette krever kompetanse heving, praktisk opplæring og tid.

## Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>



## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Forskerne ville finne svar på hva slags avgjørende faktorer sykepleiere gjør/bruker for å vurdere smerter hos sykehjemsbeboere med demens ved å spørre erfarne sykepleiere om deres erfaringer. Dette ville de finne svar på fordi det er forsket på at mange sykehjemsbeboere opplever smerter, og smerter hos demente kan medstiftes med atferd på grunn av sykdommen.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

Artikkelen har som mål å forstå og belyse erfaringene til sykepleierne.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Utforskende studie med fokusgruppemetodikk ble utført ved to langtidspleieinstitusjoner i Nashville, Tennessee. Anlegg A hadde 250 senger og lå i et byområde; anlegg B hadde 160 senger og lå i bynære omgivelser. Kriterier for deltakelse var: registrerte (RN) eller lisensierte praktiske (LPN) sykepleiere med direkte omsorgsansvar. Sykepleiere ble ekskludert hvis deres ansvar ikke inkluderte vurdering og behandling av smerte.

Fokusgruppeforumet ga et bilde av langtidssykepleiernes roller og nødvendige ferdigheter i å identifisere og behandle smerte blant beboere med demens. Det finnes et bredt spekter av problemstillinger som sykepleiere må sjonglere for å ta opp dette problemet.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

#### Kommentar:

Studien ble godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Board. En fraskrivelse av dokumentert informert samtykke ble gitt for å tillate anonymitet. Ingen identifiserende data ble samlet inn (f.eks. plassering, kjønn, alder) for å lette deltakernes generelle komfort med å gi uttrykk for meninger. Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av plakater, e-post og jungeltelegraf. Interesserte deltakere tok direkte kontakt med etterforskerne for deltakelse. To fokusgrupper ble gjennomført på hvert sted, i størrelse fra 4 til 11 deltakere for en total prøvestørrelse på 29. Alle fokusgruppene ble gjennomført på stedet i et privat konferanserom, og fikk et måltid hver. Fokusgruppene varte i ca. 1 time. Administrativt personale på hvert sted gikk med på å gi dekning for å la personalet delta.

#### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Opptak av øktene ble transkribert ordrett av en uavhengig tredjepartstjeneste. De tre etterforskerne utførte analysene; alle er doktorgradsforberedte sykepleiere med spesialisering i geriatri med tidligere erfaring i gjennomføring av fokusgrupper og analyse av fokusgruppedata. Det ble brukt saks- og-sorteringsteknikken (Krueger & Stone, 2008), som er en velkjent teknikk for å nærme fokusgruppetranskripsjonsanalyser. Til å begynne med undersøkte de tre etterforskerne uavhengig og kodet feltnotatene og transkripsjonene for tilbakevendende temaer. Tilnærming besto av: a) en førstegangslesing av alle transkripsjoner, b) å fargekode lignende temaer, og c) klippe og lime lignende farger sammen. Deretter møttes de som en gruppe og ved hjelp av en samarbeidende og iterativ prosess, identifiserte de større temaer som koblet sammen kodene (Miles & Huberman, 1994). Pålitelighet ble adressert ved å bruke flere kodere og revisjonsspor. Til slutt ble støttesitater trukket for å reflektere hvert av temaene.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Det er flere begrensninger ved studien. En fokusgruppe versus en-til-en metodikk ble brukt. En-til-en-intervjuer gir mer dybdeinformasjon og gir mulig deltakerne en større følelse av frihet når det gjelder å si meninger. Fokusgruppemetodikk er imidlertid bedre egnet for oversikt, oppdagelse og

utforskning; simulering av virkelige responser; og forstå fellestrekk innenfor segmenter. Studien var også begrenset av den lille prøvestørrelsen og det begrensede antallet fasiliteter. Dermed er generaliserbarheten begrenset. Videre ble sykepleiernes praksis rapportert, ikke observert. Ikke desto mindre avdekket studien en rekke utfordringer som langtidspleiesykepleiere møter når de skal fastslå tilstedeværelse av smerte hos de med demens.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

### Kommentar:

Fokusgruppemetodikken for denne studien var et personlig dobbel moderator design etter Kruegers retningslinjer (Krueger & Stone, 2008). Samme prosedyre ble brukt med hver gruppe. Hver fokusgruppe ble ledet av en etterforsker som moderator med en andre etterforsker som assisterende moderator for å kjøre den digitale opptakeren, ta notater og notere og registrere kroppsspråk eller andre subtile relevante signaler. De to etterforskerne ønsket deltakerne velkommen, ga dem måltidene, forklarte studien og innhentet samtykke. Grunnreglene ble forklart (f.eks. å ikke snakke samtidig, opprettholde konfidensialitet av uttalelser), og introduksjoner ble fullført. Moderatoren ledet diskusjonen ved å bruke semistrukturerte, åpne spørsmål. Sykepleiere ble bedt om å identifisere utbredelsen og presentasjonen av smerte hos beboere med demens, hvordan de bestemte tilstedeværelsen av smerte og hvilke behandlingsstrategier de vanligvis bruker. Vi undersøkte spesifikt etter utfordringer på hvert av disse områdene. I tillegg oppmuntret vi peer-to-peer-interaksjoner for bedre å simulere den virkelige dynamikken (Krueger & Casey, 2009). Hver økt ble tatt opp med lyd. Deltakerne mottok et gavekort på \$30,00 som kompensasjon for å delta.

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart



## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

#### Kommentar:

Hovedfunnene blir presentert i underoverskrifter i resultatdelen. Her trekkes det også inn kilder for å belyse funnene. Det ble funnet at sykepleiere bruker konstruksjonene «komfort» og «livskvalitet» som nøkkelkomponenter i deres overordnede smertevurderingsstrategi hos personer med demens. Faktisk er den omfattende prosessen de bruker som involverer hyppig revurdering og anvendelse av intervensjoner rettet mot "utseende av komfort».

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

#### Kommentar:

Funnene i studien belyser ulike temaer og problemstilling disse sykepleierne står ovenfor daglig. Og at det trenges bedre systemer og opplæring og rutiner for kartlegging av smerte.

Oppsummert gir funnene kritiske innsikter i å forstå holdningene til langtidssykepleierne i smertevurdering ved demens ved å fremme tiltak for å øke komforten og forbedre livskvaliteten. Langtidssykepleiere i denne studien stolte av å ha en lederskaps- og koordinerende rolle i den tverrfaglige innsatsen for å sikre komfort. Dessuten fokuserte de på familien så vel som beboeren i deres søken etter å sikre komfort og livskvalitet. Derfor vil fremtidig arbeid fokusere på komfortomsorgskvaliteter samt sykepleiers holdninger og strategier som vil muliggjøre tilrettelegging for sykepleieres identifisering og håndtering av smerte i denne sårbare befolkningen. Denne studien fokuserte på sykepleieres identifisering og behandling av smerte, men sykepleiere i studien erkjente overlappingen mellom smerte og atferdssymptomer på demens, og videre forskning er indisert for å bedre forstå sammenhengen mellom sykepleieres beslutninger om å bruke smertestillende medisiner vs. psykotrope midler. Funn støtter videre bruk og utvikling av verktøy for ubehag atferd som The Discomfort Behaviour Scale (Stevenson et al., 2006) ved behandling av generell smerte. Funnene våre støtter også bruk av komfortteorier (f.eks. (Kolcaba, 1994) for å utvikle smertebehandling og vurderingsverktøy for personer med begrenset evne til å kommunisere.

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Sandvik, R. K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A., & Husebo, B. S. (2014). Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. *European Journal of Pain*, 18(10), 1490–1500. <https://doi.org/10.1002/ejp.523>



# Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

## 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

### Kommentar:

Studien vurderer utfall av et tiltak, her en stegvis protokoll for å behandle smerter på smerteintensitet på sykehjemspasienter med demens. Studien vurderer protokollen og dens effekt. De bruker mobid-2 skalaen for å identifisere smerter og intensitet og utfører stegvis protokollen deretter. For så å vurdere om protokollen viste effektivitet og ønsket utfall.

Tre hundre og femtito personer med demens, og med en betydelig uro, fra 60 sykehjemsenheter ble inkludert i denne studien. Disse enhetene, som representerer 18 sykehjem på Vestlandet, ble randomisert til en trinnvis protokoll for smertebehandling (SPTP) eller vanlig pleie. SPTP-gruppen mottok acetaminophen, morfin, buprenorfin depotplaster og pregabalin i 8 uker, med en 4-ukers utvaskingsperiode. Medisiner ble styrt av SPTP og hver deltakers allerede eksisterende resepter. Studien oppnådde smerteintensitetsskårer fra 327 pasienter (intervensjon n = 164, kontroll n = 163) på fem tidspunkter vurdert av det primære utfallsmålet, Mobilisering-Observasjon-Atferd-Intensitet-Demens-2 (MOBID-2) Smerteskala. Det sekundære utfallet var aktiviteter i dagliglivet (ADL). Studien brukte en lineær intercept blandet modell i en toveis gjentatt målkonfigurasjon for å vurdere endring over tid og mellom grupper.

## 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

### Kommentar:

Randomisering ble utført ved bruk av Stata versjon 8 (Stata-Corp LP, College Station, TX, USA). For å eliminere systematisk skjevhet på institusjonsnivå, definerte de en gruppe som en enkelt uavhengig sykehjemsavdeling (uten overgang av ansatte), og randomiserte disse avdelingene. Dermed ble

pasienter i hver klynge tilfeldig fordelt til å motta SPTP i intervensjonsgruppen eller fortsette med behandling som vanlig (kontrollgruppe), ved å bruke en datamaskingenerert liste over tilfeldige tall for tildeling av klyngene av studiestatistikeren. Under innmeldingen intervjuet to lærte forskningsassistenter pasientenes primære omsorgspersoner. Resultatmålene og legemiddelreseptene ble gjennomgått av en overlege for alderspsykiatri, en anestesilege og smerteterapeut, en av forskningsassistentene og en allmennlege fra sykehjemmet etter fullført påmeldingsprosess og før randomiseringen. Forskere og sykepleiere med ansvar for å gjennomføre intervensjonen deltok ikke i datainnsamlingen. Forskningsassistenter og ansatte som samlet inn dataene ble blindet for gruppetildeling og type intervensjon i løpet av studieperioden. Personalet ble instruert om ikke å diskutere ledelsesprosedyrer.

### 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

#### Kommentar:

Studien er utført til planlagt tid. Kun to av deltagerne forlot studien, begge på grunn av at pasientens slektninger trakk tilbake samtykket.

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

#### Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Forskningsassistenter og ansatte som samlet inn dataene ble blindet for gruppetildeling og type intervensjon i løpet av studieperioden. Personalet ble instruert om ikke å diskutere ledelsesprosedyrer. For å eliminere systematisk skjevhet på institusjonsnivå, definerte de en gruppe som en enkelt uavhengig sykehjemsavdeling (uten overgang av ansatte), og randomiserte disse avdelingene. Dermed ble pasienter i hver klynge tilfeldig fordelt til å motta SPTP i intervensjonsgruppen eller fortsette med behandling som vanlig (kontrollgruppe), ved å bruke en datamaskingenerert liste over tilfeldige tall for tildeling av klyngene av studiestatistikeren.

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

#### Kommentar:

Ingen forskjeller ble funnet mellom gruppene ved baseline.

### 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:**

En stegvis protokoll for å behandle smerter .

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:**

Analyse av utfall av smerteintensitet viste en signifikant forbedring i behandlingsgruppen sammenlignet med kontroller i uke 2. En analyse av effekten av ulike behandlingstilnærminger innenfor behandlingsgruppen er presentert i fig. 5 og viser at deltakere behandlet med paracetamol hadde signifikant bedring av smerte på alle tidspunkter, henholdsvis ved uke 2, 4 og 8. Pasienter behandlet med morfin med forlenget frigivelse eller buprenorfin depotplaster viste også en signifikant reduksjon i MOBID-2 totalskåre, men ikke før uke 8. Pasienter behandlet med pregabalin hadde en klinisk og statistisk signifikant effekt etter 4 uker og viste en 61,7 % reduksjon i smerte fra baseline til uke 8 sammenlignet med kontrollgruppen. Alle deltakerne behandlet med analgesi opplevde forverring av smerte etter seponering av behandlingen i løpet av utvaskingsperioden. ble det ikke sett signifikante forskjeller i ADL mellom intervensjons- og kontrollgruppene ved uke. En delanalyse av acetaminophengruppen viste imidlertid forbedret ADL fra baseline i intervensjonsgruppen ved uke 8 sammenlignet med kontrollgruppen. Å gå inn i NH-enhet som et nestlingnivå endret ikke funnene våre.

### 8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

**Kommentar:**

## 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:**

Dette er den største studien som har undersøkt effekten av smertebehandling på smerteintensitet hos personer med demens bosatt på sykehjem. Den har gitt robuste, veldrevne og klinisk meningsfulle data som viser effekten av en trinnvis farmakologisk behandlingstilnærming i denne pasientgruppen. En mulig begrensning i denne studien kan være den heterogene karakteren til demenskohorten ettersom det ikke ble gjort noen definisjon av undertypene av demens hos deltakerne. Men på grunn av det hyppige fraværet av differensialdiagnose hos personer med demens i sykehjem, er det mer meningsfylt å vurdere behandlingseffekter i denne gruppen siden det er representativt for dagens kliniske situasjon og vil gi informasjon som direkte kan oversettes til veiledning for praksis. Dataene gir robuste data for den samlede kohorten. Effektdata for de enkelte farmakologiske midlene er nødvendigvis hentet fra mindre grupper av deltakere på grunn av intervensjonens trinnvise karakter. Det ville derfor være et verdifullt neste skritt å evaluere hvert av midlene i større kohorter for å bekrefte effekten demonstrert i denne studien. Ytterligere evaluering av alternative behandlingsalternativer som antikonvulsiva, antidepressiva og nye analgetika er også påtrengende for å etablere det mest effektive trinnvise behandlingsregimet for denne pasientgruppen.



## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

#### Kommentar:

Pasientene/deltagerne i studien er like den pasientgruppen jeg har møtt i praksis.

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

#### Kommentar:

Tid, ressurser, kompetanseheving og opplæring i smertekartlegging blant de ansatte og et bedre system.

## Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?