

# Smertekartlegging hos personer med demens

Kandidatnummer: 515 & 680  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8303  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03.01.23
Tittel: Smertekartlegging hos personer med demens	
<p><u>Innledning</u> Temaet for oppgaven er kartlegging av smerte hos personer med demens på sykehjem. Det er høy forekomst av både smerte og demens på sykehjem. Sykepleiere er sentrale i kartlegging av smerte. Demens påvirker kognitiv funksjon. Ved smertekartlegging kan demens utgjøre en utfordring. Nasjonal faglig retningslinje for demens anbefaler bruk av strukturerte verktøy og observasjoner for smertekartlegging, men standardiserer ikke metode. Hensikten med litteraturstudien er å utforske hvordan forskningslitteraturen beskriver metoder sykepleiere benytter seg av og erfaringer de har med å kartlegge smerte hos personer med demens på sykehjem.</p> <p><u>Metode</u> Det er gjennomført en generell litteraturstudie. Det er gjort et strukturert søk i CINAHL, som resulterte i 17 resultater. 4 av disse møtte kriteriene og er benyttet. Søket ble gjort med søkeordene nurses OR nursing care AND dementia AND nursing homes OR Nursing Home Patients AND pain measurement.</p> <p><u>Resultat</u> Forskningsartiklene beskriver utfordringer tilknyttet smertekartlegging hos personer med demens. Sykepleierne var usikre på om beboerne hadde smerte. Bruk av smertekartleggingsverktøy var varierende. Ved noen tilfeller var ikke kartleggingen systematisk. Kommunikasjon var en utfordring. Mange av beboerne var nonverbale, og kunne ikke verbalisere egen smerte. Kjennskap til beboeren bidro til å avklare smerte. Muligheten til å sammenligne nåværende og tidligere atferd var viktig. Pårørendes rolle blir beskrevet som positivt i smertekartleggingen.</p> <p><u>Diskusjon</u> Sykepleiere bruker ulike metoder for å kartlegge smerte ut ifra situasjon. Metodene som ble brukt samsvarte i stor grad med norske retningslinjer. Alvorlig demens medfører større utfordringer enn mild demens. Utfordringer ved selvrapporing skapte usikkerhet hos sykepleiere. Sykepleiere må da kartlegge smerte med andre metoder. Kartleggingsverktøy alene var ikke nødvendigvis tilstrekkelige. Sykepleiere benyttet derfor flere metoder, ofte i samspill med kartleggingsverktøy. En personsentrert tilnærming vil trolig være positivt. Helhetlig vurdering av beboeren var viktig. Samhandling mellom pårørende og sykepleier er gunstig.</p>	

(Totalt antall ord: 291)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	3
1.3	Hensikt og problemstilling .....	4
1.4	Avgrensning.....	4
1.5	Begrepsavklaring .....	4
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>6</b>
2.1	Demens.....	6
2.2	Smerte .....	6
2.2.1	Smertes og demens .....	7
2.3	Pårørende.....	7
2.4	Sykepleiers funksjon og rolle .....	8
2.5	Joyce Travelbee, mellommenneskelige forhold.....	8
2.6	Lovverk.....	9
2.7	Etikk.....	10
2.7.1	Yrkesetiske retningslinjer .....	11
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1	Litteraturstudie .....	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	15
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>17</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	17
4.2	Syntese av resultatene.....	22
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>23</b>
5.1	Resultatdiskusjon.....	23
5.2	Metodediskusjon .....	29
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>34</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>40</b>

# 1 Innledning

I dette kapittelet skal det gis en introduksjon til temaet smerter hos personer med demens på sykehjem og legge frem problemstillingen. Det skal deretter bli satt rammer for denne generelle litteraturstudien.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smerte er et subjektivt fenomen. Det vil si det er personen selv som kjenner smerten og kan si noe om alvorlighetsgraden. Om årsaken ikke er tydelig, kan det være vanskelig å forstå hvordan dette oppleves. For pasienten kan det å ikke bli trodd være vanskelig (Winger & Leegaard, 2016, s. 172).

Sykepleiere har et stort ansvar for å lindre pasientenes smerte. For å gjennomføre dette er det viktig å kjenne til ulike smertelindrende tiltak og hvordan man skal vurdere smertene (Sandvik & Rustøen, 2020). For å oppnå god smertelindring kan sykepleier kartlegge smertene hos pasientene ved å benytte seg av sykepleieprosessen fra datainnsamling, til å iverksette smertelindrende tiltak og evaluere effekten (Sandvik & Rustøen, 2020).

En forskningsartikkel av Rostad et al. (2019) viste at to av tre sykehjemsbeboere ble vurdert til å ha smerte. Til tross for dette kom det også fram i forskningsartikkelen at to tredjedeler av pasientene stod på smertestillende fast. Dette kan være en indikasjon på at smertelindringen var utilstrekkelig (Rostad et al., 2019). Dette beskriver viktigheten av sykepleiers funksjon, rolle og ansvar tilknyttet smertelindring i møte med denne pasientgruppen.

Smertekartlegging hos pasienter med demens er relevant å utforske for sykepleiere. Blant personer med kognitiv svikt har 43% til 60% moderat til alvorlig smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). I 2020 var det beregnet at 101 000 levde med demens i Norge. Dette er et tall som er forventet å øke (Gjøra et al., 2020, s. 27-29).

Smerte hos personer med demens er en problemstilling som blir diskutert blant sykepleiere. Fagbladet for sykepleiere, Sykepleien, ga i 2020 ut magasinet med temaet smerte. I denne utgaven var det en fagutviklingsartikkel som omhandlet vurdering av smerte hos personer med demens (Sandvik, 2020).

Vurdering av smerte på sykehjem fører med seg utfordringer relatert til en pasientgruppe med kognitiv svikt og redusert språk, men også holdninger til smertelindring. Flere eldre på sykehjem tenker på smerte som en naturlig del av aldring, og sier derfor heller ikke ifra om opplevelsen av smerte (Vaismoradi et al., 2016).

Det finnes flere anerkjente kartleggingsverktøy, som MOBID-2 og Doloplus-2 (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405-406). Likevel opplever ikke helsepersonell at dette er tilstrekkelig. Det har ført til vurderinger som baserer seg på kjennskap til pasienten sine uttrykk for smerte. Dette kan være kjennskap til at pasienten gnir seg på beinet ved smerter, selv om dette ikke er inkludert i kartleggingsverktøyet som blir brukt (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405-406; Vaismoradi et al., 2016).

I en forskningsartikkel av Torvik et al. (2009, s. 11), kommer det frem av over halvparten av pasienter på sykehjem opplever smerte. Til tross for dette hadde 30 - 40% av pasientene ikke smertestillende ordinert (Torvik et al., 2009, s. 11). Dette er noe som kan medføre videre komplikasjoner for pasientene. På bakgrunn av at pasienter med demens kan miste språket, vil det som sykepleier være viktig å kartlegge pasientenes smerte på en adekvat måte, for å forsikre at pasientene opplever tilstrekkelig smertelindring (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406-407).

I 2017 ble det for første gang i Norge utviklet en nasjonal faglig retningslinje for demens. Signaler fra fagmiljøet og tilsyn hadde vist et behov for å bedre kvaliteten på tjenestene og bidra til like tilbud i hele landet. Derfor ga Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering et råd til Helsedirektoratet om utvikling av en nasjonal faglig retningslinje (Helmers, 2017).

Nasjonale faglige retningslinjer for demens anbefaler å kartlegge smerter ved bruk av strukturerte verktøy, hvor pasientens opplevelse og observasjoner gjort av helsepersonell utgjør helheten (Helsedirektoratet, 2022c, s. 85). Smertekartlegging hos personer med demens medfører utfordringer, som medfører at smertelindring ikke alltid blir optimal (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405).

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Behandling og kartlegging er begge nødvendig for smertehåndtering. Sykepleiere har selvstendig ansvar for smertekartlegging. God smertehåndtering krever derimot en tverrfaglig tilnærming og det er avgjørende å samarbeide med andre yrkesgrupper, og pasienten selv (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). På innkomstsamtaler og gjennom pasientens sykdomshistorie får sykepleier kunnskap om pasienten. Ved jevnlig kontakt med pasienten får sykepleiere videre mer kunnskap som kan benyttes til en individuell tilnærming og behandling av smertene (Winger & Leegaard, 2016, s. 187). Sykepleiere må ha kunnskap om sykdomsprosesser og farmakologi. Målet med smertebehandling er å bistå pasienten i å opprettholde eller bedre funksjon og livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401).

Hos personer med demens er smertetilstander noe som kan skape forvirring og endring i atferd. Dette kan feiltolkes som forverring av demens. Det vil være viktig for sykepleiere å kunne gjenkjenne og utrede andre årsaker enn forverring av demens. Da vil det være viktig å ha kjennskap til hele personen (Rokstad, 2021, s. 32-33). Flere studier som ser på effekten av personsentrert tilnærming overfor personer med demens i sykehjem har vist positiv effekt på pasienter sin livskvalitet og nevropsykiatriske symptomer som depresjon og agitasjon (Ballard et al., 2018, s. 10; Chenoweth et al., 2014, s. 1152; Rokstad et al., 2013, s. 348-349).

McCormack og McCance (2006) har utviklet et rammeverk for personsentrert sykepleie. Rammeverket fokuserer på å se pasienten som personer, se mennesket bak sykdommen, og pasienten ses på som en aktiv deltaker i sin egenomsorg (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Pasienter kan ha ulike smertetilstander. Dermed vil det som sykepleier være viktig å se den enkelte pasient, pasientens ressurser og deres behov. I samråd med rammeverket til McCormack og McCance (2006, s. 476) vil det at pasienten er aktiv deltaker i egenomsorg, gjennom å fortelle om egne opplevelser og behov, være viktig for å kunne gi personsentrert sykepleie.

Definisjonen av demens sier at ved moderat til alvorlig demens trenger man bistand til gjennomføring av egenomsorg, og økende behov av assistert egenomsorg (World Health Organization [WHO], 2022b). Dette er noe som medfører at pasienten opptrer mer passivt, og vil dermed ikke være like aktiv deltaker i egenomsorgen. Et av punktene som definerer personsentrert sykepleie er pasienten som aktiv deltaker i egenomsorg (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Rammeverket er bredt og innebefatter flere aspekter for å danne en

helhet. Et konsept av personsentrert sykepleie er profesjonell kompetanse, som vil si kunnskaper, ferdigheter og holdninger (McCance & McCormack, 2017, s. 42-44). Holistisk pleie er òg sentralt. Dette innebærer å inkorporere fysiologiske, psykologiske, sosiokulturelle, utviklings- og spirituelle dimensjoner i behandlingen av pasienten (McCance & McCormack, 2017, s. 58). Prosessen for å oppnå personsentrert sykepleie innebærer å utføre omsorg gjennom pasientens tro og verdier, engasjement, sympatisk tilstedeværelse, dele beslutninger og bidra med fysiske behov (McCormack & McCance, 2006, s. 476).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver metoder sykepleiere benytter seg av og erfaringer de har med å kartlegge smerte til personer med demens på sykehjem.

Problemstillingen vår er derfor «Hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos personer med demens på sykehjem?».

### **1.4 Avgrensning**

Denne oppgaven har vi avgrenset til personer med demens på sykehjem. Over 80% av de som har langtids plass på sykehjem, har demens (Strand, et al., 2021). De siste årene har studier vist at 60% - 80% av pasientene på sykehjem har smerter (Sandvik, 2020). På bakgrunn av høy prevalens av smerte og demens vil sykehjem som kontekst være en aktuell avgrensning.

Problemstillingen spør etter hvordan smerte kartlegges hos personer med demens på sykehjem. I denne oppgaven fokuserer vi på sykepleiers rolle for å besvare dette.

### **1.5 Begrepsavklaring**

*Smerte* defineres av International Association for the Study of Pain (IASP) som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller likner det som er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020).

*Demens* er et syndrom forårsaket av sykdom eller skade i hjernen som resulterer i progressiv forverring av kognitiv funksjon. Demens påvirker hukommelse, orientering, språk, dømmekraft, forståelse og læring (WHO, 2022b). Verdens helseorganisasjon definerer i ICD-11 at alvorlighetsgrad av demens deles inn i mild, moderat og alvorlig (WHO, 2022a). Dette er hvordan alvorlighetsgrad av demens vil bli betegnet i denne oppgaven.

*Smertekartlegging* utføres gjennom kliniske observasjoner, fysiske undersøkelser, kjennskap om hvilke legemidler som benyttes og kjennskap til utgangspunkt for smerten til pasienten. I tillegg finnes det kartleggingsverktøy for smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 177).

*Sykehjem* skal ivareta eldre som ikke lenger klarer seg med den hjelpen familie og hjemmetjenester kan gi. Sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester. Målet er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, og ved langtidsopphold skal det også være et godt sted å bo (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263).

*Beboer*: Pasientbegrepet er kritisert av mange, på bakgrunn av at det ikke er dekkende for alle som oppsøker helsevesenet. På sykehjem blir pasientene som oftest omtalt som beboere (Hem, 2013). I denne oppgaven vil begrepet beboer benyttes for å omtale personer med fast plass på sykehjem. Beboer er likevel omfavnet av pasientbegrepet.



## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget beskriver demens, pårørende, smerte, sykepleiers funksjon og rolle, Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold, og lovverk og etikk, for å danne grunnlag til diskusjon.

### **2.1 Demens**

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom forårsaket av sykdom eller skade i hjernen, og symptomene er kroniske (Helsedirektoratet, 2022c, s. 3). Omtrent 60 – 70% av alle med demens har fått det som følge av sykdommen Alzheimers (WHO, 2022b). En del av demensplanen 2020 var å undersøke forekomsten av demens; den viste at det i 2020 var omtrent 101 000 personer med demens i Norge (Gjøra et al., 2020, s. 27). Forekomsten av demens øker med alderen. På bakgrunn av forventet økning i antall eldre, vil antallet personer med demens mot 2040 nesten være det dobbelte (Helsedirektoratet, 2022c, s. 4).

Kjennetegn på mild demens er glemsel, miste oversikt over tid og å gå seg vill ved kjente steder. Moderat grad av demens kjennetegnes ved at man glemmer nylige hendelser og folks navn, blir forvirret når man er hjemme, har økende problemer med kommunikasjon, trenger hjelp til personlig pleie og atferdsendringer inkludert vandring og gjentakende spørsmål. Alvorlig grad av demens kjennetegnes ved ikke å være orientert for tid og sted, ha problemer med å gjenkjenne familie og venner, økt behov for assistert egenomsorg, problemer med å gå og atferdsendringer som eskalerer og kan inkludere aggresjon (WHO, 2022b).

### **2.2 Smerte**

Norsk legemiddelhåndbok sin definisjon samsvarer med definisjonen til IASP. Men beskriver videre at smerte er et sammensatt fenomen som påvirker fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og eksistensielle forhold (Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

Smerte kan kategoriseres på ulike måter; den kan være akutt eller langvarig og være lokalisert ulike steder. Smerte kan være uttrykk for pågående sykdom eller være en følgetilstand av sykdom. Akutt smerte varsler om truende vevsskade. Langvarig smerte har en annen karakter enn akutt smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 174). Langvarig smerte defineres som

vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer (Treede et al., 2015, s. 1004).

### **2.2.1 Smerter og demens**

Over 80% av de som har langtidsplass på sykehjem har demens (Strand et al., 2021). De siste årene har studier vist at 60% - 80% av beboerne på sykehjem har smerter (Sandvik, 2020).

Gamle med demens rapporterer sjeldnere om smerte og oppgir lavere smerteintensitet sammenlignet med gamle med intakt kognitiv funksjon. Den lave forekomsten har sannsynligvis sammenheng med underrapportering og inadekvat smertekartlegging av denne pasientgruppen. Etter hvert som demens utvikler seg vil personen få redusert hukommelsesevne, og evne til å verbalisere egen smerte. Da er det nødvendig med andre metoder for å utføre observasjoner som indikerer smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 185). The American Geriatrics Society har beskrevet krav til observasjonsområder tilknyttet smertekartlegging hos nonverbale med demens: ansiktsuttrykk, verbalisering og vokalisering, kroppsbevegelser, endring i mellommenneskelig samhandling, endring i aktivitetsmønster og endringer i mental status (The American Geriatrics Society, 2002, s. 211). Tilknyttet disse observasjonsområdene er det utviklet spesifikke instrumenter og kartleggingsverktøy for å avdekke smerter til denne pasientgruppen. Doloplus-2 er et instrument for å måle smerte hos nonverbale pasienter, og MOBID-2 er et instrument hvor helsepersonell kartlegger smerte gjennom systematiske øvelser og still (Winger & Leegaard, 2016, s. 185-186).

### **2.3 Pårørende**

Helsedirektoratet publiserte nasjonal pårørendeveileder første gang i januar 2017. Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte, og er en ressurs for pasienten. Pårørende har god kjennskap til pasienten, og har dermed også erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe pasienten. Mange pårørende utøver omsorgsoppgaver, noe som kan medføre større nærhet til mottaker av omsorg, og gi opplevelse av mening (Helsedirektoratet, 2019, s. 3).

Pårørende har situasjonsbestemt ulike roller. De kan være kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens eller beboerens nærmiljø og representant for pasienten. Pårørende kan også oppleve situasjoner der de har egne behov. Hvordan pårørende skal involveres avhenger blant annet av hvilken rolle de har i en gitt omsorgssituasjon; jo sykere pasienten er, desto viktigere er det at pårørende involveres (Helsedirektoratet, 2019, s. 3).

Pårørende vil ha ulike ønsker og behov for støtte. Tilstander hos pasienter som kan medføre særlig behov for støtte hos pårørende er blant annet sykdom som kan ha konsekvenser i mange år, eller resten av livet, som for eksempel demens (Helsedirektoratet, 2019, s. 3).

## **2.4 Sykepleiers funksjon og rolle**

Demens gir økende kognitiv svikt i evnen til å huske, snakke, forstå og gjøre vurderinger (Sandvik, 2020). Av den grunn vil pasienten stille svakere i smertekartlegging, ved at pasienten gradvis ikke klarer å rapportere om egne smerter og behov. I disse tilfellene må smerten vurderes av en sykepleier som kjenner pasienten godt (Sandvik, 2020). I en forskningsartikkel av Rostad et al. (2019) kommer det frem at to tredjedeler av beboere som ble vurdert å ha smerte, fikk smertestillende fast. Selv om en får smertestillende fast, betyr ikke det at behandlingen er tilstrekkelig (Rostad et al., 2019). Til pasienter som ikke kan gi verbalt uttrykk for smerte, er observasjoner av nonverbale tegn viktig. Det er en sykepleieroppgave å tolke disse uttrykkene og igangsette lindrende tiltak (Bjørø & Torvik, 2008, s. 196). Sykepleier har som selvstendig funksjon å kartlegge smerter hos beboere (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401).

## **2.5 Joyce Travelbee, mellommenneskelige forhold**

I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i sykepleieteorien til Joyce Travelbee. Travelbee beskriver relasjonen som oppstår mellom sykepleier og pasient. Dette beskriver hun som menneske-til-menneske-forhold. Dette er fordi både sykepleier og pasient er unike individer. Når man setter individene i rollen sykepleier og pasient vil det oppstå barrierer for å oppnå reell kontakt. Tross dette vil den profesjonelle sykepleier kunne bruke menneske-til-menneske-forhold som et virkemiddel for å få innsikt i pasientens behov (Travelbee, 1971/1999, s. 171-172).

Når sykepleieren interagerer med pasienter, kan det gjøres uten at det bygges en relasjon. En sykepleier kan vise interesse for pasienten kun når pasienten opplever en forverring av helsesituasjonen, eller gi god fysisk omsorg uten interesse i individet. Pasienten kan ha en viss nytte av dette, men det bygges ikke en god relasjon (Travelbee, 1971/1999, s. 174-176).

En viktig del av Travelbees teori er tanken om personer som individer. For sykepleieren vil dette være å se forbi personen sin sykdom og innleggelse (Travelbee 1971/1999, s. 178). Travelbee presenterer en egen modell for ivaretagelse av sykepleiebehov som innebefatter fem punkter. Punktene er at sykepleier først skal observere, så bekrefte eller avkrefte antakelser, deretter avgjøre om noe skal gjøres eller om pasienten bør henvises, etter det skal en videre plan legges og til slutt evaluere effekt (Travelbee, 1971/1999, s. 178-184).

På det første punktet observasjon, er systematikk en viktig del. Dette forutsetter at sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse til å utføre systematiske observasjoner i forhold til den aktuelle situasjonen. Resultatet av observasjonen bør bli vurdert av pasienten selv fordi sykepleieren gjør antagelser ut ifra egne forutsetninger. For valg av videre plan er det ikke tilstrekkelig å ha informasjon om personen, hvis man ikke kjenner personen. På den andre siden vil ikke kjennskap til pasienten kunne erstatte fagkunnskaper. Sykepleieren trenger derfor å kombinere fagkunnskaper med inkludering av pasienten (Travelbee, 1971/1999, s. 180-182).

En sentral del av Travelbees sin teori er utviklingen av menneske-til-menneske-forhold. I det første møte vil individene møte hverandre med forutinntatte meninger om hvem den andre er. Denne første oppfatningen av hvem individet er, er ikke tilstrekkelig for å lære personen å kjenne, da oppfatningen sannsynligvis er feil. Oppfatningen vil likevel påvirke samhandlingen videre. Det er sykepleieren sitt ansvar å se forbi den initiale oppfatningen til individet bak. Gjør sykepleieren dette vil hen utvikle empati som passer bedre til individet hen har ansvar for (Travelbee, 1971/1999, s.187-189). Denne egenskapen blir forsterket når det mellommenneskelige forholdet går over i «empatifasen» (Travelbee, 1971/1999, s. 193). Etablering av menneske-til-menneske-forhold, og opplevelse av gjensidig kontakt og forståelse beskriver Travelbee som det overordnede målet for sykepleie. Gjensidig kontakt og forståelse defineres som erfaringsaspektet i menneske-til-menneske-forholdet og oppstår gjennom det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee 1971/1999, s. 211).

## **2.6 Lovverk**

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer rettighetene til personer med demens gjennom deling av informasjon og involvering av pårørende. §4-1 beskriver at «Helsehjelp kan bare gis

med pasientens samtykke ...». Videre beskriver §4-3 at personer over 18 år har samtykkekompetanse, men dette «... kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av ... senil demens ... åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». §3-2 beskriver at «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». I §3-3 står det at dersom «... pasienten eller brukeren er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av ... demens ... har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i §3-2». §3-5 beskriver at «Informasjonens form skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger ...» og «... gis på en hensynsfull måte», i tillegg til at helsepersonell «... skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3 - §4).

Helsepersonelloven definerer «helsepersonell» i §3, som personell med autorisasjon etter §48a eller lisens etter §49, personell i helse- og omsorgstjenestene eller i apotek og elever eller studenter under helsefaglig opplæring (Helsepersonelloven, 1999, §3). §4 beskriver at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4).

## **2.7 Etikk**

Etikk handler om hva man tenker om det man gjør. Det er den kritiske refleksjonen over erfaringer, konvensjoner og følelser og utgjør teoribakgrunnen for moral (Nortvedt, 2016, s. 38). Ethiske prinsipper er uttrykk over bestemte verdier. De viktigste etiske prinsippene i sykepleien er velgjørenhet, ikke-skade-prinsippet, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 96). Respekt for autonomi går ut på at pasienten, hvis hen er kompetent til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie, inkludert retten til å nekte helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 98). Prinsippet om rettferdighet går ut på at pasienter skal ha lik rett til omsorg, avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov, uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosiale nettverk (Nortvedt, 2016, s. 99). Etikk er viktig i sykepleiefaget. Når personer står ovenfor etiske dilemmaer kan etiske teorier brukes til å vurdere hva som er etisk riktig å gjøre, men det er ikke én teori som er best i alle situasjoner (Nortvedt, 2016, s. 35, 44, 49, 60). Eksempler på etiske teorier er dydsetikk og pliktetikk (Nortvedt, 2016, s. 59, 73). Dydsetikk baserer seg i stor grad på individets moral

gjennom dyd. Følelser er derfor viktig, i kombinasjon med fornuft (Nortvedt, 2016, s. 59-63). Pliktetikk er i stor grad basert på normer. Det vil si at den etiske vurderingen baserer seg på overordnede regler, uten hensyn til utfall (Nortvedt 2016, s. 73-78).

### **2.7.1 Yrkesetiske retningslinjer**

Norsk sykepleierforbund publiserer yrkesetiske retningslinjer som legger føring for yrkesutøvelsen til sykepleiere. Det består av seks områder med totalt 46 underpunkter. De seks områdene er sykepleieren og profesjonen, sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeidere, sykepleieren og arbeidsstedet og til slutt sykepleieren og samfunnet. Det første punktet, punkt 1.1, er «Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019).

### 3 Metode

Dette kapitlet definerer først generell litteraturstudie som metode. Deretter beskrives søkeprosessen med utvelgelse av forskningsartikler, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2). Til slutt blir øvrig litteratur gjort rede for.

#### 3.1 Litteraturstudie

En generell litteraturstudie er en syntese og analyse av publisert forskning tilknyttet relevante kliniske problemstillinger. Hovedmålet for en generell litteraturstudie er å analysere de ulike forskningsartiklene tilknyttet et spesifikt tema, for å konkludere til kliniske anvendelser (Popenoe et al., 2021).

#### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I denne litteraturstudien har det blitt gjennomført strukturert søk i CINAHL 08. november 2022. Søkeordene nurses OR nursing care AND dementia AND nursing homes OR Nursing Home Patients AND pain measurement ble brukt. Søket ble videre avgrenset til siste ti år og språkene engelsk, norsk, svensk og dansk. Søket presenteres i Tabell 1, og inklusjon- og eksklusjonskriterier i Tabell 2.

Problemstillingen er «hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos personer med demens på sykehjem?». Valg av søkeord baserer seg på problemstillingen, og er strukturert gjennom PICO-skjemaet. Pasientgruppen (P) vi ønsker å fokusere på er personer med demens på sykehjem. Vi har derfor brukt søkeordet «dementia» og kombinert med AND «nursing homes OR Nursing Home Patients». Intervensjonen (I) vi ønsker å se på er smertekartlegging gjennomført av sykepleiere. Fordi det er spesifikt sykepleiere har vi brukt søkeordene «nurses OR nursing care». For å spesifisere smertekartlegging har vi også brukt «pain measurement». Vi ønsker ikke å sammenligne intervensjoner og har derfor valgt å utelate C i PICO. Utfallet (O) vi er interessert i er hvordan sykepleiere kartlegger smerte. Dette vurderte vi at var dekket i bruken av søkeordet «pain measurement».

Tabell 1. Søkehistorikk og utvalg av forskningsartikler

<b>Database og dato for søk</b>	<b>CINAHL, 08/11-2022</b>
---------------------------------	---------------------------

Søkeord og kombinasjoner	<nurses> OR <nursing care+> AND <dementia> AND <nursing homes+> OR <Nursing Home Patients> AND <pain measurement>
Avgrensinger i søket	Siste 10 år, språk (norsk, svensk, dansk, engelsk)
Antall treff totalt	17 (Hvorav 2 er duplikat)
Antall gjennomleste titler	15
Antall gjennomleste abstrakt	15
Antall gjennomleste fulltekstartikler	10
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke brukt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 1	Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC Nursing</i> , 20(48). <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7">https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Monroe, T. B., Parish, A. & 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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Burns, M. & McIlfatrick, 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. <a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479">https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479</a>
Inkludert artikkel nummer 4	Rababa, M. & Al-Rawashdeh, S. (2019). Nurses' certainty and pain outcomes of nursing home residents with dementia: the mediating effect of pain assessment. <i>Pain Management</i> , 9(6), 559-567. <a href="https://doi.org/10.2217/pmt-2019-0027">https://doi.org/10.2217/pmt-2019-0027</a>

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleier sin rolle	Ser på et spesifikt kartleggingsverktøy
Sykehjem som kontekst	Sykehus som kontekst
	Hjemmetjeneste som kontekst
Fagfellevurdert tidsskrift	Fagartikkel
Empiriske studier	Casestudie

Inklusjonskriteriet sykehjem har blitt valgt grunnet prevalens av beboere med demens. Av beboere med langtids plass på sykehjem, har 80% demens (Strand et al., 2021).

Personer med demens kan ha vanskeligheter for å kommunisere. Kjennskap til pasienten over lenger tid kan dermed være en faktor som påvirker vurderinger i smertekartlegging (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Gjennomsnittlig innleggelse på sykehus varer fire døgn (Helsedirektoratet, 2022a). Sykepleier på sykehus vil derfor ha andre forutsetninger for smertekartlegging. På basis av dette ekskluderer vi pasienter med demens på sykehus.

Ut fra problemstillingen vår er vi interesserte i å finne ut hvordan sykepleiere kartlegger smerte til personer med demens på sykehjem. Vi vil inkludere sykepleiers rolle.

Vi ekskluderer artikler som ser på et spesifikt kartleggingsverktøy på bakgrunn av at vi ønsker å se generelt på hva sykepleiere gjør for å kartlegge smerte, og ved å se på et spesifikt verktøy kan miste flere perspektiver og tiltak som sykepleiere benytter seg av.

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I denne oppgaven har vi benyttet øvrig fag- og forskningslitteratur for å belyse teoretiske perspektiver.

Boken av Joyce Travelbee (Travelbee, 1971/1999) ble funnet i boken *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* av Marit Kirkevold (Kirkevold, 1998, s. 113-127), som beskriver Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Marit Kirkevold (Kirkevold, 1998, s. 113-127) fant vi gjennom søk i Oria etter «sykepleieteorier». Kirkevold beskriver at Travelbees teori går ut på mellommenneskelige forhold for forståelse av sykepleier-pasient forholdet, som vil være relevant for oss på bakgrunn av at smertekartlegging påvirkes av relasjonen mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 1998, s. 113-114).

McCormack og McCance (2017) er funnet fra tidligere pensumliste. Denne boka referer til McCormack og McCance (2006), som også er benyttet. Begge kildene er brukt for å belyse personsentrert sykepleie.

Tilknyttet lovverk og retningslinjer har vi benyttet oss av Helsepersonelloven (1999), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019). Lovverket er hentet fra Lovdata. NSF yrkesetiske retningslinjer er hentet fra pensumlister. Nortvedt (2016) er videre benyttet for å belyse teori rundt etikk og etiske perspektiver, og er hentet fra tidligere pensumlister.

For å belyse teori og retningslinjer om demens har vi bruk Helsedirektoratet (2022c), Strand et al. (2021), WHO (2022b) og Torvik og Sandvik (2020). Vi har funnet Helsedirektoratet (2022c) og Strand et al. (2021) gjennom søk i helsebiblioteket sin søkemotor. Fra tidligere pensumlister har vi hentet Torvik og Sandvik (2020) og Kirkevold et al. (2020). Kirkevold et al. (2020) henviser til WHO (2022b). Kilden var originalt fra 2015, men WHO har siste publiserte versjon fra 2022.

Artikkelen av The American Geriatrics Society (2002) er henvist til i Winger og Leegaard (2016, s. 185, 196) og er med på å belyse en retningslinje for observasjon av uttrykk hos personer med demens. Winger og Leegaard (2016) har skrevet kapittel 10 i Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie (Heggstad & Knutstad, 2016). Heggstad og Knutstad (2016) er funnet i pensumlister. Kapitlet er benyttet for å belyse teori rundt

smerte og kartleggingsverktøy. Sandvik (2020) er funnet gjennom søk i Oria. Den er benyttet for å belyse prevalens av smerte på sykehjem og utdype rammer for smertekartlegging. Helsedirektoratet (2019) er en pårørendeveileder funnet gjennom helsebibliotekets søkemotor, og benyttes for å belyse pårørendeperspektivet.

For funn av annen fag- og forskningslitteratur har vi brukt helsebiblioteket sin søkemotor, Oria, samt pensumlister fra tidligere emner. Vi har også benyttet primærkilder fra litteratur funnet gjennom disse metodene for enkelte deler av denne litteraturen.

## 4 Resultater

Dette kapitlet presenterer forskningsartiklene i Matrise 1, og en syntese av resultatene fra forskningsartiklene som er valgt til litteraturstudie.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Matrise 1. Presentasjon av forskningsartiklene

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Burns, M. & McIlpatrick, S. (2015). Storbritannia.	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	Hensikten med denne studien var å fastslå sykepleieres kunnskap og holdninger til smertevurdering av personer med demens i sykehjem.	Et tverrsnittsundersøkelsesdesign. Spørreskjema. Sykepleiere n=32.	Total var 32 (n=32) deltakende. Studien fant at 81,3% (n=26) brukte systematiske kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos personer med demens. 18,7% (n=6) brukte ikke systematisk kartleggingsverktøy. Et vanlig brukt verktøy var Abbey Pain Scale.  Deltakerne (n=29) anerkjente endringer i atferd som uttrykk av smerte hos personer med demens. Deltakere (n=25) mente at personer med demens ikke kan gi nøyaktig selvrapporing av egen smerte.  Deltakerne (n=27) var klar over bruken av systematiske	Sjekkliste for prevalensstudie  6 av 11

					<p>kartleggingsverktøy. Alle anerkjenner psykologiske indikatorer for smerte i vurderingen. Hovedvekten av deltakere trakk frem agitasjon, manglende apatitt, redusert mobilitet, endring av ansiktsuttrykk og vokalisering som indikatorer.</p> <p>Deltakere (n=28) mener familie og omsorgsgivere er viktige for å vurdere smerte hos personer med demens. Ca. 90 prosent mente at demens var en utfordring for smertekartlegging. Deltakere (n=26) var enten enig eller sterk ening i utsagnet om at manglende tid til å kartlegge smerte hos personer med demens var en barriere for optimal smertebehandling. Bedre forståelse av smertekartleggingsverktøy ble indentifisert som et læringsbehov.</p>	
CINAHL	Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). Sverige.	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleieres erfaringer med omsorg for personer med alvorlig demens og smerter ved livets slutt	Et deskriptivt eksplorativt studiedesign. Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Sykepleiere n=13.	<p>Resultatet fra studien fant utfordringer tilknyttet tre temaer: kommunikasjon, relasjoner og organisasjon.</p> <p>Tilknyttet kommunikasjon fant sykepleiere det utfordrende å kartlegge smerte til personer med demens, fordi demens påvirker språket til beboerne, noe som gjør at beboerne ikke kan uttrykke smerte muntlig. Når verbal kommunikasjon</p>	<p>Sjekkliste for kvalitativ studie</p> <p>8 av 10</p>

					<p>var umulig, benyttet sykepleierne seg av smerteuttrykk som stønn og skrik, og nonverbale uttrykk som kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Studien viste at de fleste sykepleierne brukte smertekartleggingsverktøyet “Abbey Pain Scale”, men at flere sykepleiere ikke brukte kartleggingsverktøy, fordi de mente disse verktøyene var inadekvate.</p> <p>Tilknyttet relasjonelle utfordringer beskriver studien at pårørende var for det meste en positiv faktor, men kunne enkelte ganger negativt påvirke administrasjonen av analgetika. Pårørende ble sett på som en viktig ressurs tilknyttet å tolke beboerens atferd.</p> <p>Tilknyttet utfordringer på et organisatorisk nivå beskriver studien at sykepleiere opplevde hindringer for å gi personsentrert sykepleie av god kvalitet til personer med alvorlig demens. Enda en utfordring på organisatorisk nivå var mangel på profesjonell kompetanse og erfaring tilknyttet smertebehandling.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

CINAHL	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). USA.	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiere på sykehjem sine tegn og praksis for å identifisere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens.	En utforskende studie med fokusgruppemetodikk. Sykepleiere n=29.	Studien fant at sykepleiere beskrev en kompleks prosess med å samle inn informasjon fra beboeren, familie, miljø, pasientjournal, og annet helsepersonell for å kartlegge og behandle smerte hos personer med demens. Forskningsartikkelen beskriver at sykepleiere var usikre vedrørende beboernes smerteopplevelse, da de ikke kunne gi muntlig uttrykk for smerte. Forskningsartikkelen beskriver flere faktorer som ble identifisert som avklarende for hvorvidt beboerne opplevde smerte; sykepleierens kliniske ekspertise, kommunikasjon med familie, tverrfaglig kommunikasjon og kjennskap til beboeren over lenger tid. Forskningsartikkelen beskriver at konflikt var et punkt som ofte oppsto under kartlegging og behandling av smerte, spesifikt å balansere familiens ønsker opp mot beboerens behov.	Sjekkliste for kvalitativ studie 9 av 10
CINAHL	Rababa, M. & Al-Rawashdeh, S. (2019). Jordan.	Nurses' certainty and pain outcomes of nursing home residents with	Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhenger mellom	Et beskrivende korrelasjonsdesign. Registreringsskjema.	Studien grupperte de 78 beboerne ved sykehjemmene i grupper etter grad av demens; mild, moderat og alvorlig. Studien fant at etter hvert som demens utvikler seg i	Sjekkliste for tverrsnittstudie

		dementia: the mediating effect of pain assessment	smertevurderingsomfang, sykepleiernes sikkerhet, pasientresultater og kognitive og verbal karakteristika hos sykehjemsbeboere	Sykepleiere n=12.	alvorlighetsgrad, blir sykepleiere mindre sikre på tilstedeværelsen av mistenkt smerte. I denne studien kommer det frem at 73,1% av beboerne kunne verbalisere symptomer, mens 26,9% ikke kunne. Studien undersøkte hvilke metoder som ble benyttet for smertekartlegging. De hyppigste var atferdsvurdering (34,6%), numerisk skala (NRS) fra 0 – 10 (26,9%) og funksjonalitetsvurdering (15,4%).	5 av 8
--	--	---	---	-------------------	---	--------



## 4.2 Syntese av resultatene

Forskningsartiklene beskrev utfordringer tilknyttet smertekartlegging hos personer med demens (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 3; Monroe et al., 2015, s. 317). Sykepleierne var usikre på om beboerne hadde smerte (Lundin & Godskesen, 2021, s. 3 – 4; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Det var varierende grad i bruk av smertekartleggingsverktøy, og enkelte mente at disse verktøyene var inadekvate (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Derimot beskrev flere forskningsartikler at de fleste benyttet verktøyet «Abbey Pain Scale» (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Videre ble det beskrevet at ved noen tilfeller var ikke kartleggingen systematisk (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Et felles problem forskningsartiklene utdypet var tilknyttet kommunikasjon da mange av beboerne var nonverbale, og ikke kunne verbalisere egen smerte (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godskesen, 2021, s. 3 - 4). Forskningsartiklene påpekte at kjennskap til beboeren bidro til å avklare om de opplevde smerte, og at for å oppnå god smertekartlegging var det viktig at sykepleiere hadde kjennskap til beboeren over lengre tid for å tillate sammenligning av nåværende og tidligere atferd (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Monroe et al., 2015, s. 318). Flere av forskningsartiklene beskrev viktigheten av pårørendes rolle og hvordan det positivt kunne bidra med smertekartlegging for sykepleiere (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 5; Monroe et al., 2015, s. 317).

## 5 Diskusjon

Dette kapitlet beskriver resultatdiskusjon hvor resultater fra forskningsartiklene blir belyst opp mot teoretisk kunnskapsgrunnlag, og metodediskusjon hvorav styrker og svakheter tilknyttet vår metode blir diskutert. Problemstillingen vår er «Hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos personer med demens på sykehjem?».

### 5.1 Resultatdiskusjon

Det ble brukt ulike metoder for å kartlegge smerte i forskningsartiklene (Burns & McIlfatrick, 2015; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019).

Abbey Pain Scale ble trukket fram av to forskningsartikler som det mest brukte kartleggingsverktøyet (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) fant at de to mest brukte metodene sykepleiere anvendte for å vurdere smerte hos personer med demens var atferd hos 34,6% av beboere og hos 26,9% ble Numeric Rating Scale (NRS) brukt. NRS er en skala på smerteintensitet mellom 0-10 (Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Det viser at sykepleiere på sykehjem ofte har en metode for smertekartlegging som blir trukket frem som den vanligste, men metoden sykepleiere anvender kan variere ut ifra situasjonen.

At NRS er et vanlig brukt verktøy stemmer overens med Sandvik (2020) som betegner selvrapporing som gullstandarden. Derimot kan grad av demens hos beboeren påvirke evne til å formidle smerteopplevelsen (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Sykepleier vil derfor trenge kunnskap om beboerens individuelle funksjonssvikt. I forskningsartikkelen av Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) hadde 23,1% mild demens, 52,6% hadde moderat demens og 25% hadde alvorlig demens. Det kan ikke utelukkes at bruken av kartleggingsverktøy hadde endret seg om forskningen kun ble gjort på personer med alvorlig demens.

I Norge er det ingen generell anbefaling for ett systematisk kartleggingsverktøy for å avdekke smerte hos personer med demens (Helsedirektoratet, 2022c, s. 87). Sykepleierne i forskningsartikkelen av Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) benyttet ulike metoder for å kartlegge smerte. Dette viser at det blir opp til den enkelte sykepleier å bestemme verktøy som skal benyttes, og hvilke metoder som blir brukt for å kartlegge smerte.

Forskningsartikkelen av Lundin og Godskesen (2021, s. 4) viser også dette ved å påpeke at de fleste sykepleiere brukte et systematisk kartleggingsverktøy, men at enkelte mente verktøyene

var inadekvate, og oppga at de brukte intuisjon istedenfor. På bakgrunn av dette vil graden av demens antageligvis påvirke vurderingen sykepleier gjør for å vurdere smerte hos beboere.

Joyce Travelbee definerer smerte som en ensom opplevelse og at det er vanskelig å vurdere nøyaktig hos andre personer. Sykepleiere danner seg et bilde av vanlig grad av smerter gjennom erfaring. Om beboerens smerte overskrider hva som er forventet, er det mulig at sykepleieren ikke tror beboeren. For å unngå dette må sykepleier akseptere beboerens smerte som en subjektiv opplevelse (Travelbee, 1971/1999, s. 112 - 115).

Dette tydeliggjør at det er kun beboeren selv som vet hvordan smertene oppleves, men det er viktig som sykepleier å tro på beboeren, og møte beboeren der den er. Hos personer med demens kan dette utgjøre en utfordring. Ettersom demens påvirker kommunikasjonsevnen, vil det også gå utover evnen beboerne har til selvrapporing av opplevd smerte.

Forskningsartikkelen av Burns og McIlpatrick (2015, s. 483) beskriver at 25 respondenter mente personer med demens ikke kunne gi nøyaktig selvrapporing av smerte, og forskningsartikkelen av Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) viste at 21 av 78 beboere ikke kunne rapportere smerte verbalt. Dette igjen påvirker smertekartleggingen, og medfører usikkerhet for sykepleiere. Forskningsartikkelen av Monroe et al. (2015, s. 318) beskriver at manglende evne for beboerne til å uttrykke seg forårsaket at sykepleierne var usikre på smerteopplevelsen til beboerne. Selvrapporing oppleves som pålitelig kartlegging av smerte. Når språket blir borte hos personer med demens, skaper det usikkerhet hos sykepleiere som må finne alternative måter å kartlegge smerte.

Forskningsartiklene beskriver at manglende evne til kommunikasjon hos personer med demens utgjør en utfordring (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 3 – 4; Monroe et al., 2015, s. 318). Dette sammenfaller med de nasjonale retningslinjene for demens som beskriver at demens fører til kommunikasjonsvansker som reduserer muligheten for å uttrykke behov (Helsedirektoratet, 2022c, s. 65). Winger og Leegaard beskriver at manglende uttrykk for smerte kan mistolkes som fravær av smerte (Winger & Leegaard, 2016, s. 175). Dette kan sammenlignes med usikkerheten sykepleiere opplevde rundt smertekartlegging i forskningsartiklene, da beboerne ikke kunne gi verbalt uttrykk for egen smerte (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Monroe et al., 2015, s. 318).

Ved at personer med demens kan miste språket, og derav verbalt uttrykk for smerte, kan dette medføre lavere grad av selvrapporing hos pasientgruppen. Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) fant at 26,9% av beboerne ikke klarte å gi verbalt uttrykk for smerter. Mens Burns og McIlpatrick (2015, s. 483) beskriver at de fleste sykepleiere (n=25) mente at personer med demens ikke kunne oppgi korrekt selvrapporing. Dette kan være på bakgrunn av at demens medfører hukommelsessvekkelse og redusert språklig kommunikasjonsevne (Helsedirektoratet, 2022c, s. 3). Derimot har The American Geriatrics Society beskrevet krav til observasjonsområder for smertekartlegging hos nonverbale personer med demens. Disse områdene inkluderer ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, endring i mellommenneskelig samhandling, endring i aktivitetsmønster og endringer i mental status (The American Geriatrics Society, 2002, s. 211). Flere av forskningsartiklene beskriver ikke bruk av spesifikke kartleggingsverktøy, men beskriver bruk av atferdsvurdering og funksjonsvurdering, og vurdering av miljøet rundt beboeren (Monroe et al, 2015, s. 318; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Slike vurderinger går i tråd med kravene fra American Geriatrics Society, ved å kartlegge nonverbale uttrykk. Sykepleiere på sykehjem er usikre på om selvrapporing av smerte fra personer med demens er pålitelig, og flere beboere med demens mister evnen til selvrapporing av smerte. Forskningsartiklene viser at sykepleiere observerer atferd og nonverbale uttrykk for å kartlegge smerte, trolig for å supplere manglende informasjon.

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for demens er det to kartleggingsverktøy som er oversatt til norsk. Disse to verktøyene er MOBID-2 smerteskala og Doloplus-2 (Helsedirektoratet, 2022c, s. 87). Ved bruk av MOBID-2 gjennomføres kartleggingen ved at helsepersonell observerer pasienten ved øvelser og stell (Winger & Leegaard, 2016, s. 186). Doloplus-2 vurderer pasientene på flere punkter på en skala fra 0-3 i kategoriene somatiske, psykomotoriske og psykososiale reaksjoner (Songe-Møller et al., 2005). Burns og McIlpatrick (2015, s. 485) fant at sykepleiere mente det var behov for bedre forståelse av kartleggingsverktøy for smerte. Det finnes flere verktøy for å kartlegge smerte hos personer med demens, men sykepleiere på sykehjem kan mangle opplæring i bruken av dem.

Henholdsvis brukte 2,6% og 18,7% av sykepleiere ikke rutinemessig kartleggingsverktøy (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 482; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Det står i kontrast til Travelbee (1971/1999, s. 179-180) sin modell for ivaretagelse av sykepleiebehov, hvor systematikk er en viktig del. Observasjoner skal være systematiske og hente ut relevant

informasjon for formålet. Dette krever at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse (Travelbee, 1971/1999, s. 179-180). Helsepersonelloven (1999, §2) lovfester et forsvarlighetskrav som innebefatter sykepleiere. For å følge forsvarlighetskravet er det forventet at nasjonale veiledere og retningslinjer følges (Helsedirektoratet, 2022b, s. 11). Nasjonal faglig retningslinje for demens sier at kartlegging av smerter bør gjøres med kartleggingsverktøy, og bør baseres på selvrapportering og observasjon av atferd (Helsedirektoratet, 2022c, s. 85). Dette samsvarer med forskningsartiklene som beskriver at ulike smertekartleggingsverktøy ble benyttet og observasjoner av nonverbale uttrykk ble gjennomført (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Monroe et al., 2015, s. 318; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 563). Dette viser at noen sykepleiere ikke gjennomfører smertekartlegging av personer med demens på sykehjem systematisk. Noe som trosser faglige retningslinjer i Norge. Imidlertid er dette et fåtall av sykepleierne og smertekartlegging ble i stor grad gjennomført i likhet med nasjonale faglige anbefalinger, selv om forskningsartiklene er hentet fra andre land.

Lundin og Godskesen (2021, s. 4) fant at grunnen til at noen sykepleiere ikke brukte kartleggingsverktøy var manglende retningslinjer eller at de hadde en mening om at eksisterende kartleggingsverktøy ikke var tilstrekkelig. At noen sykepleiere mente kartleggingsverktøy var utilstrekkelige, kan vise til hvor sammensatt kartlegging av smerte hos personer med demens er. Ser vi på personer med demens fra et personsentrert perspektiv skal sykepleieren se individet bak sykdommen og de individuelle reaksjonene beboeren gir uttrykk gjennom (Rokstad, 2021, s. 36). Monroe et al. (2015, s. 318) fant at sykepleiere hentet informasjon utover det som er inkludert i kartleggings skjema. En sykepleier beskrev at hen hentet inn informasjon om tidligere sykehistorikk og så at beboeren hadde artritt, dette ble koblet opp mot kaldt vær. Sykepleieren brukte informasjonen som en bekreftende faktor i sin vurdering. Erfaring, kjennskap til beboeren, kommunikasjon med annet helsepersonell og kommunikasjon med familie ble trukket fram som faktorer for klarhet i kartlegging av smerte (Monroe et al., 2015, s. 318). Dette er eksempel på informasjon sykepleier ikke tilegner seg gjennom bruk av kartleggingsverktøy. Selv ved bruk av kartleggingsverktøy er det behov for ytterligere informasjon for å skape klarhet i situasjonen.

Smertekartleggingsverktøy dekker ikke alle sider av personen. Abbey Pain Scale består av seks punkter som ser på vokalisering, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, endring i atferd, psykologiske og fysiologiske endringer (Abbey et al., 2004, s. 12). MOBID-2 smerteskala ser

på smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon ved bevegelse (Husebø, 2009, s. 1997). Doloplus-2 har punkter for kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer (Songe-Møller et al., 2005). Ingen av de nevnte verktøyene har punkt på for eksempel sykdomshistorikk (Abbey et al., 2004, s. 12; Husebø, 2009, s. 1997; Songe-Møller et al., 2005). Det blir ikke spesifisert utover intuisjon hvilken metode sykepleiere, som ikke bruker kartleggingsverktøy, anvender for å avdekke smerte hos personer med demens (Burns & McIlpatrick, 2015; Lundin & Godskesen, 2021; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019).

Når sykepleiere skal kartlegge smerter hos personer med demens, blir det tatt en beslutning om hvilken metode som skal benyttes. Denne beslutningen er trolig basert på faglig kompetanse. Som vist gjennom Lundin og Godskesen (2021, s. 4), hvor et fåtall sykepleiere brukte intuisjon fordi de mente kartleggingsverktøy var utilstrekkelige og Monroe et al. (2015, s. 318) som betegnet kompetanse som en oppklarende faktor i smertekartlegging. Ser man på valget av metode ut ifra dydsetikk vil det kunne være riktig å velge bort kartleggingsverktøy om det gjøres av gode intensjoner og genuint velmenende (Nortvedt, 2016, s. 59-63). På den andre siden om man ser på valget med autonom pliktetikk, stiller lover og regler sterkt (Nortvedt, 2016, s. 78-85). I norsk kontekst vil da bruk av intuisjon ifølge pliktetikk ikke være etisk da det bryter med Helsedirektoratet (2022c, s. 85) sin retningslinje for demens. Det er variasjoner i sykepleiepraksisen, slik som det kommer frem i forskningsartiklene (Burns & McIlpatrick, 2015; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015; Rababa & Al-Rawashdeh, 2019). På bakgrunn av dette tyder det på at valg av metode for å kartlegge smerte på sykehjem, ikke har ett tydelig moralsk grunnlag.

Teoriene til Travelbee om menneske-til-menneske-forhold, samsvarer med rammeverket om personsentrert sykepleie ved at man ser mennesket bak sykdommen (Travelbee 1971/1999, s. 178). Sykepleier har basert på dette en rolle som ivaretar den enkelte beboerens behov for helhetlig omsorg, noe de yrkesetiske retningslinjene også understreker (NSF, 2019). Torvik og Sandvik (2020, s. 406) beskriver at for best mulig observasjonsbasert smertekartlegging er det viktig at den som observerer kjenner beboeren godt. Forskningsartiklene beskriver gjennom deres funn at grad av kjennskap til beboerne utgjør en forskjell for kartlegging av smerte (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4; Monroe et al., 2015, s. 318). Lundin og Godskesen (2021, s. 4) beskriver at sykepleiers manglende forhold til beboeren gjorde smertekartleggingen hos personer med demens utfordrende. De beskriver det som umulig å sammenligne nåværende atferd med tidligere atferd (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Å ha

etablert en relasjon til beboeren kan ha positiv innvirkning på smertekartlegging. Det er vanskelig å gjøre sikre observasjoner ved første møte, noe som samsvarer med teorien om menneske-til-menneske-forhold.

Monroe et al. (2015, s. 318) beskriver gjennom et sitat fra en sykepleier at en sykepleier som jobber én dag i uka har dårligere forutsetninger for å identifisere atferd hos den konkrete beboeren med demens sammenlignet med sykepleier som har jobbet flere år og kjenner beboeren, da denne sykepleieren har sett de ulike stadiene av demens utvikle seg. Dette beskriver viktigheten av å kjenne beboeren, da man får mulighet til å se hvordan ulike aspekter utvikles hos beboeren, og lettere kan identifisere om beboeren opplever smerte, gjennom å lære seg smertesignaler til den konkrete beboeren. I tilknytning til observasjon beskriver Travelbee (1971/1999, s. 179) at sykepleier ikke kan basere seg på at beboeren vil si ifra om behov, men kan slutte seg til at det er et behov for systematisk observasjon av beboerens atferd. Videre beskriver hun at resultatet av observasjon bør vurderes av beboeren selv, da sykepleier gjør antakelser ut fra egne forutsetninger, og at det ikke er tilstrekkelig med kun informasjon om beboeren, hvis man ikke kjenner beboeren (Travelbee, 1971/1999, s. 180-182). Observasjoner av beboere er en sentral del av smertekartlegging. beboeren sin egen oppfatning er viktig data, men hos personer med demens kan det være en utfordring for beboer å formidle (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405).

Forskningsartiklene antyder at pårørende er en faktor som påvirker kartlegging av smerte hos personer med demens (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 483; Lundin & Godskesen, 2021, s. 5; Monroe et al., 2015, s. 317-318). Personer med alvorlig demens kan miste evnen til å formidle smerteopplevelsen (Sandvik, 2020; WHO, 2022b). Pasienter har rett til medvirkning i helsehjelp. Om samtykkekompetansen faller bort, har pårørende rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Når beboere utredes, skal informasjon fra pårørende innhentes. Pårørende har ofte god kjennskap til beboeren og kan komme med relevante opplysninger. Pårørende med kjennskap til beboeren kan være til hjelp for å tolke tegn på smerte (Helsedirektoratet, 2019, s. 42, 52). Lundin og Godskesen (2021, s. 5) beskriver deres funn tilknyttet dette som at pårørende er en signifikant ressurs, som kan tolke oppførselen til beboeren for sykepleieren. Tilsvarende beskriver Burns og McIlfatrick (2015, s. 483) viktigheten av hva familie rapporterer når sykepleiere skal kartlegge smerte. For sykepleieren er det relevant å ha kunnskap om pårørendes betydning i smertekartleggingen, for å anvende dem som en ressurs.

Ved permanent plass på sykehjem får beboere heldøgnsomsorg. Dette kan gjøre at beboerne vil kunne oppleve nærere relasjoner til de ansatte. En forskningsartikkel av Kirchhoff et al. (2014, s. 230) beskriver at 68% av beboerne var fornøyd med muligheten til å snakke med personalet, og 40% var fornøyd med tiden ansatte brukte på dem. Dette viser at ved sykehjem får ansatte nærere relasjoner til beboerne på bakgrunn av at de bruker mer tid på beboerne. Dette viser Monroe et al. (2015, s. 318) at bidrar i smertekartleggingen. På den andre siden fant Burns og McIlpatrick (2015, s. 484) at 81,3% av sykepleiere var enig i at manglende tid til å vurdere smerte var en barriere for optimal smertebehandling. Lundin og Godskesen (2021, s. 5) supplerer dette funnet ved å avdekke resultatet tidspress som en del av temaet organisatoriske utfordringer, hvor tidspress var vanlig beskrevet som barriere for sykepleierne å være tilgjengelig for beboerne. Sykepleiere på sykehjem er i nær kontakt med beboere over lenger tid. Likevel opplever flere sykepleiere ikke å være i stand til å tilby optimal pleie innenfor rammene de arbeider.

Lundin og Godskesen (2021, s. 5) beskriver at utfordringer på organisatorisk nivå, tilknyttet underbemanning, begrenset med tid og tung arbeidsbelastning, medførte en barriere for å gi personsentrert sykepleie av god kvalitet. Dette viser at selv om sykepleierne ville jobbe ut fra prinsippene om personsentrert sykepleie er det begrensninger i de organisatoriske rammene som gjør dette utfordrende.

## **5.2 Metodediskusjon**

Denne oppgaven har litteraturstudie som metode. Popenoe et al. (2021, s. 175) beskriver at en litteraturstudie skal analysere resultatene fra flere forskningsartikler, for å beskrive nåværende kunnskap om et spesifikt tema, for å trekke konklusjoner med klinisk applikasjon.

Popenoe (2021, s. 185) beskriver at poenget med en litteraturstudie er presist å trekke overordnede konklusjoner for leseren, og poengtere dens kliniske relevans. At resultater fra flere forskningsartikler blir samlet inn og data vurdert av forfatteren, vil gjøre resultatene sårbare for tolkning. Dette vil være en svakhet ved litteraturstudie som metode. En styrke med litteraturstudie som metode er at man samler inn data fra ulike forskningsartikler som kan ha både negative og positive argumenter; dette utgjør muligheten til flere perspektiver på den aktuelle problemstillingen (Popenoe, 2021, s. 183).



En svakhet er at søket ga 17 artikler, hvorav vi har benyttet 4. Dette gjør at vi har et lite omfang å velge ut fra. I søkeperioden prøvde vi gjennomført et generelt søk med søkeordene <pain measurement> AND <dementia>. Dette ga 265 resultater med avgrensningen siste 10 år og språk dansk, svensk, norsk og engelsk. Vi leste gjennom alle titlene, og abstract på flere, men fant at få av disse var relevante. Vi har derfor vurdert at det anvendte søket gir de mest relevante søkeresultatene for problemstillingen, til tross for få søkeresultater.

En svakhet vi har er at vi kun har benyttet 4 forskningsartikler. Dette gjør at litteraturstudien vår ikke får et bredt verdensomfattende resultat, og kan gjøre at vi får begrenset utvalg av resultater for å besvare problemstillingen vår. Derimot er det en styrke at vi har resultater fra flere forskningsartikler. Det gjør at vi får et bredere perspektiv som gir flere resultater. Oppsummert kunnskap kan gi et bredere innblikk i problemstillingen enn enkeltstudier. Når man skal implementere forskning i praksis er et viktig prinsipp ikke kun å basere seg på enkeltstudier (Nortvedt et al., 2021, s. 19).

Artiklene som har blitt valgt er av både kvalitativ og kvantitativ metode. En svakhet ved dette er at artiklene har ulik fremstilling av resultatene. Dette fører til at resultatene fra en studie ikke er direkte sammenlignbare til en annen studie. Et eksempel på dette er Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) som sier at smertevurdering ble gjort gjennom atferdsvurdering hos 34,6% av beboere. Derimot danner Monroe et al. (2015 s. 317) et bilde av smertekartlegging som å putte sammen et komplekst puslespill.

På den andre siden kan dette tilsvarende være en styrke. De kvalitative artiklene ga et annet perspektiv på hvorfor sykepleieren tar valg opp mot de kvantitative artiklene. Lundin og Godskesen (2021, s. 4) fant at sykepleiere som ikke brukte kartleggingsverktøy sa at dette var grunnet en mening om at eksisterende smertekartleggingsverktøy var inadekvate eller mangel på retningslinjer. Men det kom ikke frem antall sykepleiere som ikke anvendte kartleggingsverktøy. Hvorav Rababa og Al-Rawashdeh (2019, s. 563) og Monroe et al. (2015, s. 483) viste hvor mange sykepleiere som enten ikke brukte systematisk kartleggingsverktøy eller hos hvor mange beboere det ikke ble gjort smertevurdering.

Forskningsartikkelen av Burns og McIlfatrick (2015) ble vurdert til 6 av 11 på kvalitetsvurdering. Bakgrunnen for dette er en del uklarheter (se Vedlegg 1). I forskningsartikkelen ble 32 av 96 utsendte spørreskjema besvart. Dette er en svarprosent på

33% (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 482). Den lave svarprosenten blir ikke diskutert ytterligere. Bortfallet av respondenter kan utgjøre en feilkilde og kan dermed være en svakhet i forskningsartikkelen (Johannessen et al., 2010, s.245).

Lundin og Godskesen (2021) og Monroe et al. (2015) ble begge vurdert til å ha en høy skår på kvalitetsvurdering (se Vedlegg 2 og 3) noe som vil være en styrke. På den andre siden diskuterte ingen bakgrunnsforhold som kunne påvirke tolkning av data.

Rababa og Al-Rawashdeh (2019) ble vurdert til 5 av 8 på kvalitetsvurdering (se Vedlegg 4). Forskningsartikkelen betegner seg selv som et beskrivende korrelasjonsdesign, men det er brukt sjekklister for tverrsnitt-studie. Rammene for oppgaven setter begrensinger på hvilke sjekklister som er tilgjengelig. Vi er usikre på om sjekklisten er nøyaktig. Men har funnet den til å være mest relevante av Helsedirektoratet sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Dette skaper usikkerhet om nøyaktigheten til kvalitetsvurderingen.

Konteksten forskningen ble gjennomført i, vil påvirke overførbarhet til andre kontekster. Ulike land kan ha ulike sosiale settinger, sammensetning av populasjonen, intervensjoner eller hva som blir sett på som normal pleie (Munthe-Kaas et al., 2020, s. 6).

Forskningsartikkelen av Rababa og Al-Rawashdeh (2019) påpeker kulturelle forskjeller i form av tvil. Forskningsartikkelen beskriver at i Jordan er det kultur for at kvinner sosialiseres til å være mindre selvsikre enn kvinner i vestlige kulturer (Rababa & Al-Rawashdeh, 2019, s. 565). Dette tydeliggjør kulturelle forskjeller i ulike helsevesen, og kan påvirke resultatene fra forskningsartikkelen, tilknyttet overførbarhet til norsk kontekst, noe som kan være en svakhet.

Tross for geografisk sprik, samsvarer artiklene med hverandre. Det er en styrke at forskningsartiklene har resultater som støtter hverandre i stor grad. Dette kan tyde på at resultatene om kartlegging av smerte hos personer med demens er overførbare, tross geografiske forskjeller (Munthe-Kaas et al., 2020, s. 11).

## 6 Konklusjon

Denne oppgaven stiller spørsmålet, hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos personer med demens på sykehjem? Forskningsartiklene viser stor variasjon i hvilke metoder som brukes for å kartlegge smerte hos personer med demens. Sykepleiere kan ha større utfordringer ved å kartlegge smerte hos beboere som er lenger ut i forløpet av demens på sykehjem.

Sykepleieren har et betydelig egenansvar i valg av metode for kartlegging av smerte til personer med demens. Manglende evne til selvrapportering skaper usikkerhet hos sykepleiere. Flere sykepleiere mente og at personer med demens ikke har troverdig selvrapportering. Tross att forskningsartiklene er fra andre land enn Norge blir smerte kartlagt i stor grad i tråd med norske retningslinjer. Sykepleiere observer nonverbale tegn som endring i atferd og funksjon. Dette stemmer overens med krav til observasjonsområder funnet i litteraturen.

Kartleggingsverktøy er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å kartlegge smerte hos personer med demens. Dette fører til at sykepleiere benytter andre metoder, ofte i samspill med kartleggingsverktøyene. På den andre siden er det et fåtall av sykepleiere som ikke kartlegger smerte systematisk. Til tross for at det kommer frem at enkelte sykepleiere ikke benyttet systematiske kartleggingsverktøy, men heller intuisjon, kommer det ikke frem hvordan dette er utført. På bakgrunn av at smertekartlegging av personer med demens på sykehjem er komplekst, underbygger forskningsartiklene at sykepleieren trolig trenger å se helheten av beboeren for å gjøre en helhetlig, grundig vurdering. Erfaring, kjennskap til beboeren og kommunikasjon med familie og annet helsepersonell er faktorer som bidrar i smertekartleggingen. For sykepleiere vil pårørende være en viktig ressurs, og ha positiv innvirkning. Sykepleiere har muligheten til å bygge relasjoner med beboere over tid på sykehjem, men tidspress kan innvirke negativt på smertekartlegging.

Denne oppgaven viser at smertekartlegging hos personer med demens er komplekst. Sykepleiere har til en viss grad veiledende retningslinjer som skal følges, men må ta individuelle valg. En personsentrert tilnærming kan være gunstig ettersom kjennskap til beboerne, og pårørende, er viktig. Ikke alle sykepleiere kartlegger smerte systematisk. Å nå ut til disse sykepleieren kan tenkes å ha en positiv effekt på oppdagelse og forståelse av smerte hos personer med demens på sykehjem. Økt grad av kunnskap om metoder for kartlegging av smerte kan være relevant og bidra til en bedre faglig tilnærming til smertekartlegging av beboere med demens på sykehjem. Søket ga få relevante resultater. Dette kombinert med at

oppgaven er begrenset til én database gjør at det er ikke gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen i denne oppgaven. Noe som skaper usikkerhet i konklusjonene som blir lagt frem.

## Referanseliste

- Abbey, J., Piller, N., Bellis, A. D., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. & Lowcay, B. (2004). The Abbey Pain Scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6-13.  
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 15(2).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182 – 196). Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 262 - 276). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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>
- Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M. T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y. – H., Haas, M. & Brodaty, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International psychogeriatrics* 26(7), 1147 – 1160.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610214000398>

- Forskrift for sykehjem. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Gjøra, L., Kjellvik, G., Strand, B. H., Kvillo-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge* (Demensplan 2020). Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. [https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4\\_2020\\_interaktiv.pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_interaktiv.pdf)
- Heggestad & U. Knutstad (Red.). (2016). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Helmers, A.-K. B. (2017). *Høringsfrist om demens*. <https://sykepleien.no/2017/01/horingsfrist-demensretningsline>
- Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). *Pårørendeveileder: Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2022a, 21. oktober). *Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/aktivitet-somatiske-sykehus#referere>
- Helsedirektoratet. (2022b, 21 oktober). *Helsepersonelloven med kommentar: Rundskriv*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer#referere>
- Helsedirektoratet. (2022c, 31. oktober). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 8(133), 821. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0527>

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(19), 1996-1998. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>

International Association for the Study of Pain (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt.

Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C. & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien forskning* 9(3), 226 – 233. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0130>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(48). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

McCance, T. & McCormack, B. (2017). The Person-centred Practice Framework. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2. utg., s. 36-64). John Wiley & Sons.

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

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>

- Munthe-Kaas, H., Nøkleby, H., Lewin, S. & Glenton, C. (2020). The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. *BMC Medical Research Methodology*, 20(11). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0834-5>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 12. februar). T21.1.1 Smerter. I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet 20. desember 2022 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, 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. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Rababa, M. & Al-Rawashdeh, S. (2019). Nurses' certainty and pain outcomes of nursing home residents with dementia: the mediating effect of pain assessment. *Pain Management*, 9(6), 559-567. <https://doi.org/10.2217/pmt-2019-0027>
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Benth, J. S. & Engedal, K. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 36(5-6), 340-353. <https://doi.org/10.1159/000354366>



- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 14, 79184. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108, 80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sandvik, R. K. N. M. & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*, 108, 80601. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601>
- Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Loge, J. H. & Kaasa, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 125(13-14), 1838-1840. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- The American Geriatrics Society (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of The American Geriatrics Society*, 50(6), 205 – 224. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x>
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., & Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*, 23(1), 8 – 16. <https://doi.org/10.1177/0269216308098800>
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397-415). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1971).
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*, 156 (6). <https://www.doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Vaismoradi, M., Skär, L., Söderberg, S. & Bondas, T. E. (2016). Normalizing suffering: A meta-synthesis of experiences of and perspectives on pain and pain management in nursing homes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 31203. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31203>
- Wergeland, J. N., Selbæk, G., Høgset, L. D., Söderhamn, U. & Kirkevold, Ø. (2014). Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 383-391. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002032>
- Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 172-197). Cappelen Damm Akademisk.
- World Health Organization (2022a, februar). Dementia. I World Health Organization, *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)*. Hentet 30. desember 2022 fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>
- World Health Organization (2022b, 20. september). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

## Vedlegg

### Vedlegg 1

# SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

**Sjekkliste av artikkel:** 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>

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b> Studien har egen undertittel som heter «Aim». Hensikten med denne studien var å fastslå sykepleieres kunnskap og holdninger til smertevurdering av personer med demens i sykehjem</p>	<p><b>Ja</b> X</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b></p>
<p><b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b> Artikkelen vil finne kunnskap og holdninger. Gjennom prevalensstudie vil det kunne svare på prblemstillingen på et bestemt tidpunkt. Derfor er prevalensstudie relevant.</p>	<p><b>Ja</b> X</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b></p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS:</b> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</p> <p>Studien beskriver alder, kjønn, erfaring og hvor sykepleierne har tatt sin utdanning. Beskriver ikke etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold. Det er ikke gjort rede for subgrupper.</p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> X</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b></p> <p>TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</p>	<p><b>Ja</b> X</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>

Befolkningsgruppen er sykepleiere. Variasjon i alder kjønn og om de har utdannet seg i utlandet. Varierende grad av erfaring i sykepleieprofesjonen.	
--	--

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p> <p>Inklusjonskriteriet var registrert sykepleier, hvorav 96 var aktuelle. Derimot deltok kun 32. Det er ikke gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert.</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input checked="" type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p> <p>Det var en svarprosent på 33%. Det er ikke diskutert hvorfor svarprosenten var så lav. På den ene siden er fortsatt respondentene varierte. På den andre siden er det et betydelig frafall.</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p> <p>Forskerne gjennomførte i forkant av studien en pilotstudie på 4 uker, for å forsikre gjennomførbarhet. Spørreskjemaet var underlagt innholdsvaliditet, og ble tilpasset fra en tidligere studie, men den ble ikke formelt testet for reliabilitet i forkant.</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p>

<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?  Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn (f.eks. intervjumetoder og personer)  Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc.)  Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p> <p>Det ble brukt spørreskjema. Spørreskjemaet inneholdt en kombinasjon av spørsmål med svar mulighet med Likert-skala, samt svarmulighet med ja-nei spørsmål og mulighet for å svare fritt. Det står ikke noe om variasjon i datainnsamling. Tolker derfor dette som at datainnsamlingen er identisk for alle utvalgte individer.</p>	<table> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.</i></p> <p><i>Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p> <p>Åpne spørsmål ble analysert med tematisk analyse. Det er ikke gjort rede for hvem som har gjort analysene.</p>	<table> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>X</td> <td>O</td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	O	X	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
O	X	O					

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Hva er hovedkonklusjonen?  Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p> <p>Sykepleiere gjenkjente at de ikke kun kunne stole på tradisjonelle modeller for smertekartlegging, men må vurdere smerteindikatorer som humør og atferd for å oppnå korrekt smertekartlegging.</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b>  <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i></p>	
---	--

<p><i>Er det oppgitt p-verdier?</i></p> <p>Det kommer ikke frem at resultatene i studien presenteres med konfidensintervall. Artikkelen oppgir p-verdi kun ved enkelttilfeller. Dette viser at p-verdi sannsynligvis er beregnet, men ikke oppgitt i tabeller. Vi kan derfor ikke si med sikkerhet at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter.</p>	
--	--

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b>  Artikkelen avdekker utfordringer ved smertebehandling. Dette vil kunne overføres til praksis ved å belyse områder med behov for endring. Under artikkelens underoverskrift «Implications for practice» blir tilpasning i utdanningen og videre forskning på koordinering og kommunikasjon mellom helsepersonell tatt opp.</p>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i></p> <p>Diskusjonen knytter resultatet opp mot tidligere forskning. I underoverskriften «limitations» sier forfatterne selv at studien sammenfaller med tidligere resultat. Ifølge teksten selv, ja.</p>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					

# 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:

Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(48). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>



## 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:**

Står til slutt i bakgrunnen. Forskerne vil beskrive opplevelser til sykepleiere som pleier beboere med avansert demens og smerte i livets slutt. De vil finne svar på dette grunnet lite forskning har fremhevet dette perspektivet, til tross for at sykepleiere er viktige for smertebehandling i sykehjem til personer med demens på livets siste dager. Problemstillingen er relevant for formålet.

### 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:**

Studien har som mål å se på erfaringer til sykepleiere. Kvalitativ metode er relevant for erfaringer.

### 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:**

Studien bruker semistrukturerte intervjuer. De diskuterer dette valget i liten grad. Det blir poengtert at det er en metode som gir mulighet for deltakere å utdype med mer informasjon om følelser, holdninger og forståelse av temaet. Intervjuene er semistrukturert. Spørsmålene er vedlagt.

### 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:**

Artikkelen gjør rede for hvem som ble valgt ut; sykepleiere, i sykehjem spesialisert på demens i Stockholm, med minst 1 års praksis fra sykehjem og erfaring fra palliativ behandling til personer med langtkommen demens og smerter. Artikkelen beskriver ikke diskusjon rundt utvalget tilknyttet hvorfor noen valgte ikke å delta, da det ikke blir beskrevet at noen ikke valgte å delta; i diskusjonen beskriver artikkelen at de sendte invitasjon kun til de som møtte inklusjonskriteriene og da det var få som møtte disse kriteriene ble alle inkludert. Med inklusjonskriterier blir det begrunnet hvorfor disse spesifikke ble utvalgt. Kjønn og antall deltakere blir beskrevet; 13 sykepleiere (10 kvinner og 3 menn).

## 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:**

Settingen for datainnsamling var på sykehjemmet i sykepleieren sin arbeidstid. Det er ikke gjort rede for dette valget. Det kommer klart frem at data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer, men det mangler begrunnelse. Intervjuguiden er lagt med som vedlegg. Det blir skrevet at det var brukt oppfølgingsspørsmål for klargjøring av svar. Metoden er ikke endret underveis. Intervjuene ble

digitalt tatt opp. Det ble så ordrett transkribert for at forskerne kunne lese gjennom. Forskerne nevner at tilstrekkelig rekrutering var vanskelig og at utvalget hadde mangler.

## 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:

Valg av setting er ikke vurdert. Utvalgsstrategier var diskutert med tanke på få respondenter som gjorde at alle som fylte inklusjonskriteriene ble inkludert. Interessekonflikt var beskrevet, ingen interessekonflikt. Forskerne har ikke diskutert mulig egne påvirkning av data. Metode for analyse av data ble beskrevet, men det var ikke lagt ved prosessen. Kun slutt temaer ble presentert.

## 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:

Artikkelen beskriver at etisk godkjenning for deltakelse ikke ble tilegnet, da det ikke er nødvendig for intervensjonell forskning som ikke utgjør identifiserte risikoer for deltakerne og ikke krever behandling av sensitive data. Likevel beskriver artikkelen at den fulgte aksepterte etiske standarder som undertegnet i deklarasjonen i Helsinki. Som del av samtykkeprosessen ble deltakerne informert om at deltakelse i studien var frivillig, og samtykke kunne bli tilbaketrukket når som helst, uten begrunnelse. Deltakerne ble også informert både skriftlig og muntlig om at data ble behandlet konfidensielt og at resultatene ville bli rapportert slik at identifikasjon av deltakerne ikke ville være mulig. Datainnsamlingen ble behandlet i tråd med EUs General Data Protection Directive. Skriftlig samtykke ble samlet inn før inklusjon i studien.

## 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:**

Artikkelen beskriver bruk av thematic content analysis. Artikkelen beskriver hvordan analysen ble gjennomført; for å tilegne et overordnet blikk på dataen tok en av forskerne og leste den ordrette transkripsjonen flere ganger. Koder ble brukt i margene ble brukt for å oppsummere innholdet. Så ble distinkte kategorier formulert ved søk for likheter og ulikheter rundt kodene. Så ble antallet koder redusert ved å slå sammen liknende og fjerne irrelevante koder for studien.

## 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:

Resultatet er klart presentert. Det mangler derimot fremstilling av de ulike stegene fra sitat til tema. Resultatene blir diskutert opp mot eksisterende forskning og retningslinjer. Det er ikke diskusjon rundt troverdighet, men det blir diskutert om utvalget er tilstrekkelig til å ha betydning. De konkluderer med at det kan være negativt at utvalget er fra lite geografisk område og relativt få respondenter. Men gruppen respondenter er variert, og forskerne mener det gir essensiell kunnskap. Diskusjonen blir ikke eksplisitt rettet mot problemstillingen, men reflekterer funnene om erfaringer sykepleiere har ved smertelindring hos personer med demens på livets siste dager og er derfor relevante funn.

## 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 fenomenen.

- 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:**

Artikkelen uttrykker behov for ny forskning på bakgrunn av de mange utfordringene som kan påvirke denne økende og sårbare pasientgruppen negativt. Artikkelens funn fremhever at det er behov for opptrente sykepleiere spesialisert på palliativ omsorg og demensomsorg på sykehjem for å møte de beskrevne utfordringene med tilpassede ferdigheter og kunnskap.

## Vedlegg 3

# 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:

Formålet er til slutt av introduksjonen. Formålet med studien var å vurdere sykehjems personelle tegn og praksis brukt til å identifisere og lindre smerte hos sykehjemspasienter med demens. De vil finne svar på dette på bakgrunn av at personer med demens på sykehjem er i risiko for dårlig smertebehandling. Derfor vil kunnskap om dagens praksis muliggjøre indentifisering av utfordring med dagens rutiner og utvikling av fremtidige strategier. Problemstillingen vil være relevant for vår problemstilling.

### 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:

Målet med studien var å utforske sykepleiere på sykehjem sine tegn og praksis, for å identifisere og lindre smerte til sykehjemspasienter med demens.

### 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:

Kvalitativ studie samsvarer med målet om å forstå hvordan sykepleieren behandler smerte. Det er ikke diskutert hvordan de bestemte seg for kvalitativ studie, men det er diskutert valget av fokusgruppe intervju framfor en-til-en-intervju. Hvor de mener at fokusgruppe gir bedre oversikt, oppdagelse og utforskning.

### 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:**

Artikkelen beskriver hvem som ble utvalgt i inklusjonskriterier; registered nurse (RN) og licensed practical nurse (LPN) med direkte pleieansvar. Sykepleiere ble ikke inkludert dersom de ikke hadde ansvar for smertekartlegging og smertelindring. Artikkelen beskriver at deltakere ble rekruttert ved bruk av plakater, e-post, og jungeltelegraf, og de interesserte tok direkte kontakt med forskerne for deltakelse. Artikkelen beskriver ikke hvorfor disse deltakerne ble inkludert eller ekskludert. Totalt 29 deltakere ble inkludert i studien. Karakteristika ved utvalget er ikke beskrevet da forskerne ikke samlet inn identifiserende data som lokasjon, kjønn og alder, for å tilrettelegge ved å gi komfort til deltakerne for å uttrykke egne meninger.

## 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:**

Intervjuene ble holdt på grupperom på sykehjemmene og intervjuobjektet ble gitt mat. Det er ikke gitt begrunnelse for dette. Det kommer tydelig frem under metode at det ble brukt fokusgruppe intervju med semistrukturert åpne spørsmål. Det er begrunnet hvorfor fokusgruppe intervju ble valgt framfor en til et intervju. Det er ikke lagt ved intervjuguide. På den andre siden er det nevnt at spørsmålene ble laget basert på et spesifikt rammeverk og metoden for intervjuet følger spesifikke

retningslinjer. Design er ikke endret underveis. Intervjuene ble tatt opp og transkribert samt en person noterte kroppsspråk og annet relevant. Det er diskutert som en svakhet den lille deltakergruppen på 29 personer. Sykepleierne tilhører kun 2 sykehjem.

## 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:**

Dette fremkommer ikke i artikkelen.

## 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:**

Artikkelen beskriver at studien ble godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Board. Fraskrivelse av dokumentert informert samtykke ble gitt for å tillate for anonymitet. Ingen identifiserende data ble tilegnet (lokasjon, kjønn og alder). Under metode kommer det frem at samtykke ble tilegnet i det de ble forklart studien. Under resultater beskriver artikkelen at det oppsto etisk dilemma i sykepleier-familie-forholdet. Sykepleierne opplevde konflikt tilknyttet smertekartlegging og smertebehandling, da det var utfordrende å balansere familiens ønsker med pasientenes behov, spesielt tilknyttet administrering av narkotiske legemidler.

## 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:**

Artikkelen beskriver bruk av en «exploratory study» med bruk av fokusgruppe som metode.

Artikkelen gjør rede for de ulike trinnene i analysen; forskerne brukte scissor-and-sort teknikk, hvorav de tre forskerne først undersøkte individuelt. Tilnærmingen besto av å lese gjennom transkripsjonene, fargekode liknende temaer, og kutte og lime liknende farger sammen. Deretter møttes forskerne som gruppe, ved bruk av en samarbeidende og gjentakende prosess identifiserte de større temaer og koblet sammen kodene. Støttende sitater ble benyttet for å underbygge hvert av temaene. Tilstrekkelig data blir presentert, med flere eksempler. Motstridende data er ikke diskutert.

**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:**

Funnene blir diskutert opp mot tidligere forskning og svakheter blir trukket fram. Troverdigheten er i liten grad diskutert.

## 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:**

Studien avslutter diskusjon med å se på hva resultatene støtter og behov for kunnskap. Resultatene støtter videre bruk av og utvikling av «discomfort behavior tools» og bruk av «comfort theories». Fremtidig arbeid vil fokusere på «comfort care qualities» og sykepleieholdning og strategier som fasiliteterer indendtifikasjon og behandling. Målet med studien var å gi innsikt, noe studien gjør. Det er ikke diskutert andre måter å anvende forskningen eller overførbarhet.

# 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.

#### 1. 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](#).

#### 2. 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:** Nurses' certainty and pain outcomes of nursing home residents with dementia: the mediating effect of pain assessment

**Date:** 13.12.22

**Author:** Rababa, Mohammad & Al-Rawashdeh, Sami

**Year:** 2019

**Record Number:** *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479 – 487

	Yes	No	Unclear	Not applicable
<p><b>1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?</b></p> <p>78 sykehjemspasienter, 65 år eller eldre, sykdommer som fører til smerte, all grad a kognitiv eller hukommelsessvikt, blitt tatt hånd om av en sykepleier med minst 1 års klinisk erfaring på sykehjem</p>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>2. Were the study subjects and the setting described in detail?</b></p> <p>Det er inkludert to grupper, sykehjemsbeboere og sykepleiere. Begge grupper ar beskrevet med tanke på alder og kjønn.</p> <p>Sykehjemsbeboerne ble også beskrevet grad av demens, hvor lenge de hadde bodd på sykehjemmet og om de kunne verbalisere smerte.</p> <p>Sykepleierne ble beskrevet på hvor lenge de har jobbet på sykehjem.</p>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?**  
Finner ikke at exposure er diskutert.
- 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?**  
Kognitiv svekkelse, hukommelsestep, alder 65 og oppover og diagnoser som medfører smerter er benyttet som inklusjonskriterier og derav også standardkriterier.
- 5. Were confounding factors identified?**  
Kan ikke se at det er diskutert.
- 6. Were strategies to deal with confounding factors stated?**  
Se punkt 5
- 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?**  
Artikkelen har beskrevet metoden for å vurdere smerte, sykepleier sin sikkerhet på tilstedeværelse av smerte, omfang av smertekartlegging, grad av demens og kommunikasjonsferdigheter. Det er brukt standardiserte verktøy.  
Smerte = Discomfort-DAT      
Sykepleier sin sikkerhet på tilstedeværelse av smerte = Likert skala  
Omfang av smertekartlegging = Ulike metoder var kodet til et tall sykepleieren kunne oppgi  
grad av demens = Arabiske utgave av MMSE  
kommunikasjonsferdigheter = CON-AD
- 8. Was appropriate statistical analysis used?**  
Forskerne beskriver at regresjonsmetode ble benyttet. De har i en tabell utdypet sammendraget av deres lineære regresjonsanalyse.

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Artikkelen definerer ikke seg selv som en analytisk tversnittstudie, men et beskrivende korrelasjonsdesign. Vi er derfor usikre på om dette er mest egnede sjekklister. Dette kan være årsak til at artikkelen ikke skårer fullt. Vi diskuterte valg av sjekklister med emneansvarlig og bruker derfor sjekklister for tversnittstudie. Etter vår vurdering er resultatet troverdig og punktene som er krysset nei eller ikke relevant utgjør ikke at artikkelen

## 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.