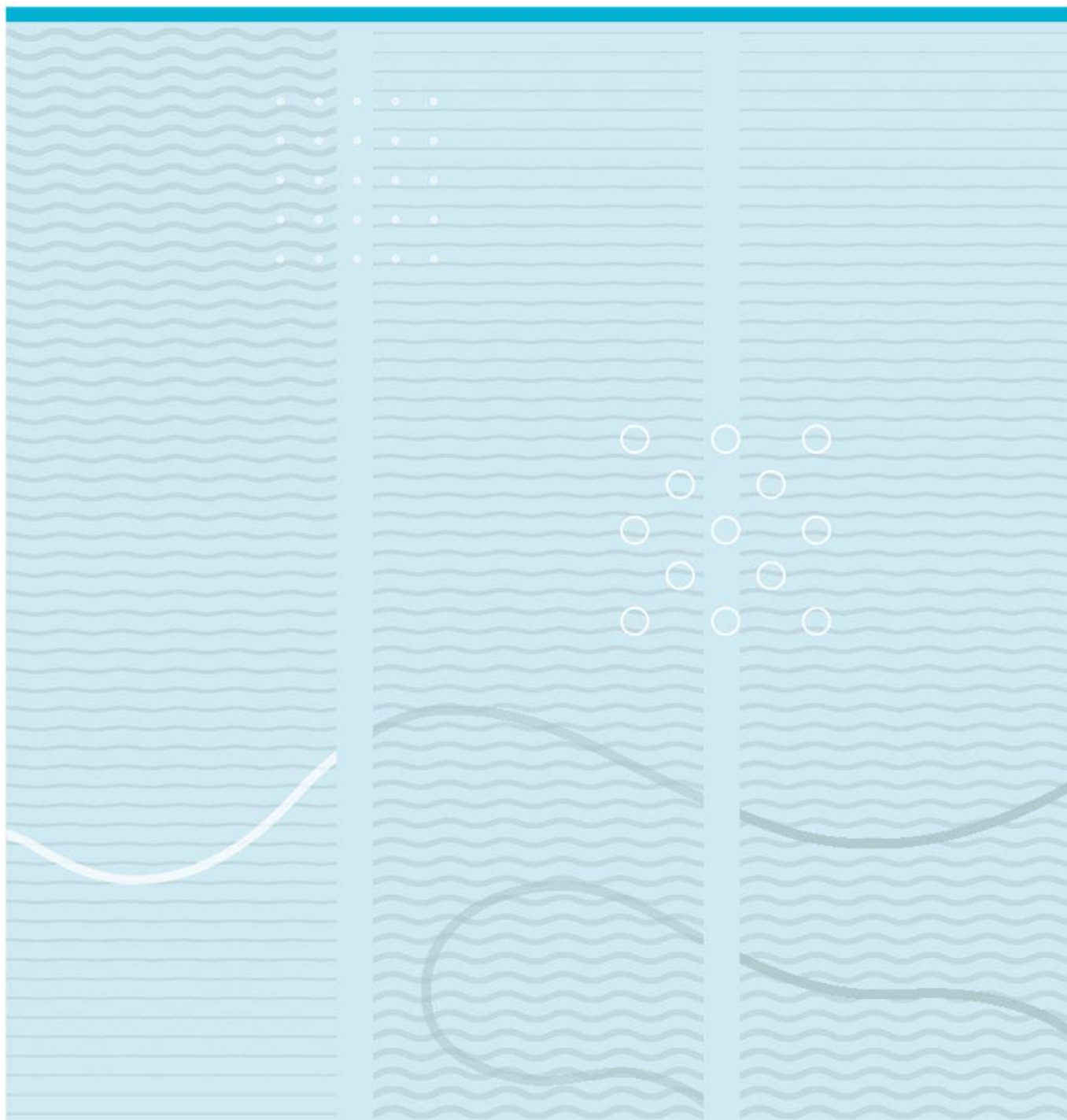


Laila Terese Bjørk

# Smertekartlegging basert på observasjon -tilpasset smertevurdering hos eldre pasienter med demens.

Et scoping review



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for ...  
Institutt for ...  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 20xx Forfatternavn

Denne avhandlingen representerer xx studiepoeng

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Avanserte kliniske sykepleiere (AKS) tilegner seg kunnskaper på avansert nivå gjennom høyere utdanning. Storting og Regjering legger føringer når det kommer til sykepleiere og behov for økt kompetanse. Et stort ansvar ligger på kommunene og deres ledelse av virksomhetene.

Underbehandlede smerter hos eldre, og et økende antall av eldre med demens skaper behov for validerte kartleggingsverktøy for kartlegging av smerter hos personer med demens.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å kartlegge hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon, tilpasset eldre pasienter med demens, som er tilgjengelig. Videre var hensikten å undersøke hvilke av smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk, og å vurdere om de kan anbefales til bruk i hjemmesykepleien.

**Metode:** Scoping review ble brukt som metode. Litteratur ble innhentet gjennom systematiske søk i databaser og gjennom frisøk på internett. Det kartlegges gjennom inkluderte artikler i studien, om de smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelige på norsk innehar psykometriske egenskaper. De inkluderte artiklene ble vurdert opp mot oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

**Resultater:** Totalt 34 smertekartleggingsverktøy basert på observasjon til eldre pasienter med demens ble identifisert i studien. Tre av disse verktøyene er tilgjengelig på norsk. Artiklene beskriver de psykometriske egenskapene til verktøyene som er tilgjengelige på norsk. De beskriver også hvor verktøyene er tatt i bruk.

**Konklusjon:** Det finnes mange smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset eldre pasienter med demens. Hvilke som skal tas i bruk bør basere seg på forskningen. Studien konkluderer at det kreves mer forskning for å si noe om smertekartleggingsverktøyene er aktuelle for bruk i settingen hjemmesykepleie.

**Nøkkelord:** smerte, kliniske evaluerings verktøy, smerteevurdering, smertemåling, smerteskala og demens

## **Abstract**

**Background:** Advanced practice nurses have acquired competency through an advanced level of higher education. The Parliament and the Government set guidelines for the nurses as to whether there is a need to increase competencies. The municipalities are largely responsible for leading health care services and following these guidelines. Undertreated pain in elderly and the increasing number of the elderly with dementia create a need for validated pain assessment tools for mapping pain in persons with dementia.

**Purpose:** The purpose of this study was to look for available pain assessment tools based on observation customized for older patients with dementia. The purpose was to identify which tool was available in Norwegian and if they could be recommended for use in home health care.

**Method:** The method used was scoping review by creating a literature review using databases and internet searches. A mapping of the included research papers gave answers to whether or not the pain assessment tools available in Norwegian contain psychometric characteristics. Included research papers were rated according to the purpose of this study and its research questions.

**Results:** 34 pain assessment tools based on observation, customized for elderly patients with dementia, were identified in this study. Three of the tools were available in Norwegian. These articles described the psychometric characteristics and the settings in which they were used.

**Conclusion:** There are a lot of available pain assessment tools based on observation, customized for elderly patients with dementia. The choice of assessment tool should be based on research. This study concludes that further research is required to further determine the suitability of these assessment tools in a home health care setting.

**Key words:** Pain, clinical assessment tool, Pain assessment, pain measurement, pain scale and dementia



# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>6</b>
<b>Forord .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>11</b>
1.1 Bakgrunn .....	12
1.2 Smerte .....	13
1.2.1 Smerte hos eldre .....	15
1.2.2 Smertekartlegging .....	17
1.3 Demens .....	18
1.3.1 Smerter hos eldre mennesker med diagnosen demens:.....	20
1.3.2 Smertekartlegging hos pasienter med demens:.....	21
1.4 Kontekst.....	22
1.4.1 Personsentrert omsorg ved demens .....	25
1.4.2 Kunnskapsbasert praksis .....	26
1.5 Studiens hensikt .....	27
<b>2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....</b>	<b>30</b>
<b>3 Metode.....</b>	<b>31</b>
3.1 Scoping review: .....	31
3.2 Inklusjons og eksklusjons kriterier i søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon .....	33
3.3 Søkestrategi.....	34
3.3.1 Søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset eldre pasienter med demens.....	35
3.3.2 Søk etter hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene basert på observasjon som var tilgjengelig på norsk.....	40
3.4 Hvilke av de tilgjengelige smertekartleggingsverktøyene på norsk var psykometrisk testet .....	41
3.5 Kan smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk brukes i hjemmesykepleien .....	41
<b>4 Resultater .....</b>	<b>43</b>

4.1	Oppsummering av inkluderte artikler -søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon hos eldre pasienter med demens.....	43
4.2	Identifiserte smertekartleggingsverktøy basert på observasjon -tilpasset pasienter med diagnosen demens .....	46
4.3	Oppsummering av inkluderte artikler -søket etter hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk .....	52
4.4	Identifiserte smertekartleggingsverktøy basert på observasjon hos eldre pasienter med diagnosen demens- tilgjengelig på norsk .....	53
4.5	Psykometriske egenskaper hos smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk.....	54
4.6	Smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset pasienter med demens og som er tilgjengelig på norsk- kan de anbefales til hjemmesykepleien .....	58
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>60</b>
5.1	Diskusjon av metode .....	67
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>69</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>70</b>





## Forord

Avansert klinisk sykepleie startet i 2015 som et deltids masterstudium over 4 år, på høyskolen i Buskerud.

Lier kommune hadde et ønske om å satse på denne utdanningen, og daværende fagsjef samt nåværende fagsjef for helse og omsorg i Lier kommune, igangsatte en satsning for å imøtekomme behovet for kvalifiserte sykepleiere som kommunene vil være i behov av. Utdannelsen skulle i Lier kommune gi garanti om nye arbeidsoppgaver etter fullført utdanning.

Jeg er svært takknemlig for at jeg har fått denne muligheten, og begynte på utdannelsen høsten 2016. Mitt ønske om økt kompetanse og motivasjonen for å kunne møte de eldre pasientene i hjemmesykepleien med mer kunnskap har absolutt vært til stede. Utdannelsen har til tider vært tøff og krevende, men jeg er glad for at jeg har gjort dette.

Jeg ønsker å takke mine virksomhetsledere i hjemmesykepleien på daværende tidspunkt, Mette Strømme og Wenche Rognstadbråten som hadde tro på meg og oppfordret meg til å søke på utdannelsen.

I mitt arbeid med masteroppgaven har min veileder, Lena Leren, vært en kunnskapsrik, viktig og motiverende veileder. Alle tips og råd har vært gull verdt. Tusen takk!

Til slutt må jeg få nevne at mine barn og mine nære har vært til uvurderlig støtte! Dere har vært med på å gi meg muligheten til å ta denne utdannelsen, og jeg vet at jeg til tider har vært en tålmodighetsprøve for dere. Jeg ser frem til å være enda mer sammen fremover.

Lier 16.09.2019  
Laila Terese Bjørk



# 1 Innledning

Sammenlignet med i dag vil samfunnet vårt i årene framover få en økning av eldre i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2019). Verdens helseorganisasjon har et mål om at eldre, gjennom dagens eldreomsorg, på best mulig måte skal beholde fysisk funksjonsevne og opprettholde sin sosiale og åndelige aktivitet lengst mulig. Eldrepolitikken i Norge har fokus på, og et mål om å bedre syke/skrøpelige eldre sin livskvalitet og funksjonsevne. Dette vil føre til at flest mulig er rustet til å leve et selvstendig liv i eget hjem så lenge som mulig. Flere faktorer kan påvirke dette på en positiv måte, og smertelindring er en av dem. Smerte er et av de vanligste helseproblemene hos eldre (Torvik & Bjørø, 2010) .

Pasienter med demens er ofte ikke i stand til å uttrykke smerte grunnet sykdomsbilde og medfølgende symptomer. Dette kan føre til underdiagnostisering og manglende behandling av smerter (McAuliffe, Nay, O'donnell, & Fetherstonhaugh, 2009).

Mitt personlige engasjement stammer fra min jobb i hjemmesykepleien.

Erfaringsmessig er systematisk smertekartlegging og smertekartleggingsverktøy ikke implementerte verktøy i hjemmesykepleiens hverdag. Hjemmesykepleien har mange brukere, og man kan anta at smertekartlegging er nedprioritert i en hektisk hverdag som består av tidspress, høy arbeidsbelastning, mangel på kunnskaper, mangel på fagpersonell og tilstrekkelig kompetanse på rett plass, som noen momenter (Heggelund, 2015). I oppgaven skal jeg finne smertekartleggingsverktøy basert på observasjon, tilpasset eldre pasienter med demens, les også: smerteverktøy, smertekartleggingsverktøy, verktøy, altså i forkortet versjon, men med samme betydning.

I artikkelen «*Eldre trenger bedre smertebehandling*», presiseres det at over halvparten av eldre hjemmeboende lever med kroniske smerter (Kongsgaard, Wyller, & Breivik, 2008). Eldre rapporterer mindre smerter enn det yngre gjør, og artikkelforfatterne hevder at dette kan være et resultat av for eksempel frykt for innleggelse sykehus, frykt for å bli avvist, en forståelse av at smerten er uunngåelig. Videre påpekes det at smerter er generelt er underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom, først og fremst fordi det ikke utføres systematisk smertediagnostikk (Kongsgaard et al., 2008, p. 590) .

Det å snakke med eldre om smerter, finne hva som kan være bakenforliggende årsak til smertene, samt informere om at det finnes forskjellige typer smerte kan være verdifullt. Smertens intensitet kan påvirke den eldre pasienten i negativ retning, slik at det å få lindret denne smerte intensiteten kan være med å påvirke den eldre sin hverdag i positiv retning. Dette forutsetter at den enkelte sykepleier har kunnskaper om smerte og smertekartlegging.

## **1.1 Bakgrunn**

Avansert klinisk sykepleie (AKS), er et klinisk rettet studie. Dette er en etterutdanning for sykepleiere på masternivå.

Utdanningen jeg nå gjennomfører, og min bakgrunn som sykepleier i kommunehelsetjenesten, førte til mitt valg om å forske på eldre pasienter med smerter. For å spisse forskningsområde ytterligere og sette fokus på en utfordrende pasientgruppe i hjemmesykepleien har jeg valgt å fokusere på eldre pasienter med demens.

Forskning viser til at eldre pasienter med smerter generelt, men spesielt eldre pasienter med demens er underdiagnostisert når det kommer til smertebehandling (Kongsgaard et al., 2008). For å kunne smertelindre er det en forutsetning at smertekartleggingen er god, og at det foreligger kompetanse og systematikk i arbeidet. Smertekartleggingsverktøy er en del av dette systematiske arbeidet. Sammen med en AKS sin økte kompetanse på klinisk rettet arbeid er smertekartlegging noe jeg mener er et viktig og relevant tema å undersøke nærmere på grunn av manglende retningslinjer, som for eksempel i kommunen jeg arbeider i.

I stortingsmelding 26 nevnes Kompetanseløft 2020. Dette er en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgtjenestene, og den skal omfatte hele den kommunale helse og omsorgsektoren. Målet er at bemanning skal være kompetent. Videre nevnes det at det vil for sykepleiere være et behov for økt klinisk kompetanse, for noen på masternivå. Det er viktig at personell med breddekompetanse på høyt nivå kan være med på at brukere med sammensatte behov mottar gode og trygge tjenester. (Regjeringen, 2014-2015) . I likhet med andre land internasjonalt viser denne handlingsplanen at Norge vil satse på kompetanse innenfor sykepleiefaget, og at etterutdanninger på masternivå er igangsatt. Masterutdanningen i avansert klinisk

sykepleie er rettet mot å skulle være en kompetanseheving som er direkte knyttet opp mot pasientene. Avanserte kliniske sykepleiere skal jobbe pasientnært.

## 1.2 Smerte

Smerte defineres som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv» (IASP International association for the study of pain, 2019a). Videre sier McCaffery at «smerte er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte» (McCaffery & Beebee, 1996). Definisjonene viser at den opplevde smerten kan være svært forskjellig fra person til person. Det er alltid den enkeltes opplevelse av smerten som er sann, og ingen andre kan definere smerten for den enkelte som har smerten.

Smerte forbindes ofte med vevsskade, og det er ofte en sammenheng mellom graden av vevsskade og intensitet av den opplevde smerten. Dette er synlig ved akutte smerter, hvor det kommer en normal fysiologisk respons på truende vevsskade. Men smerter kan også komme uten tegn til vevsskade (Jensen, Arendt-Nielsen, & Dahl, 2013). Smerten har en sensorisk karakter, men har også den emosjonelle komponenten i seg som innebærer frykt, ubehag og angst. Utover dette har smerten også kognitive elementer, hvor det enkelte mennesket med bakgrunn av tidligere erfaringer, kulturell og sosial bakgrunn har en egen måte å forholde seg til smerter (Jensen et al., 2013).

Kroniske smerter er vanlig hos eldre mennesker, mens forekomst av akutte smerter er lavere. I flere av tilfellene har de kroniske smertene debutert med akutte smerter, som for eksempel ved et brudd. Ofte er det sånn at når akutte smerter forekommer kan det være mer utfordrende å smertelindre adekvat fordi den akutte smerten kommer på topp av den kroniske smerten og pasienten allerede er tilvent analgetika. En grundig smerteanamnese er det viktigste verktøyet for å kartlegge kroniske smerter og årsaker til smerten (B. Husebø, 2015).

Nociseptiv smerte er smerte som skyldes vevsskade (B. Husebø, 2015). Smerten oppstår fra en faktisk eller truet skade ved et ikke nevralt vev, og er grunnen til at nociseptorer aktiveres (IASP International association for the study of pain, 2019a).

Nevropatisk smerte er en smerte som forårsakes av lesjon eller sykdom i det somatosensoriske nervesystem (IASP International association for the study of pain, 2019a). Det er sannsynlig at nevropatiske smerter hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet (B. Husebø, 2015). Sentral smerte er nevropatisk smerte oppstått i sentralnervesystemet. Skaden sitter ikke i perifere nerver (B. Husebø, 2015).

Smertepersepsjonen er den enkeltes opplevelse av smerte og er svært variabel fra person til person. Persepsjonen påvirkes av stimulus som for eksempel en nål som trenger gjennom huden, men også emosjonelle og kognitive faktorer er av betydning (Werner & Arendt-Nielsen, 2013).

Psykologiske faktorer som påvirker smerten er blant annet oppmerksomhet, forventninger og følelser (Finset, 2016). Med en biopsykososial forståelse av smerte menes det at opplevd smerte forårsakes av en interaksjon mellom biologiske og psykososiale faktorer. Det er grunn til å tro at pasientens smerte er reell, men det finnes ikke alltid en oppstått vevsskade (Mikkelsen, 2016).

Legeforeningen har laget retningslinjer for smertebehandling, hvor målet er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet. Smerter er den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker helsevesenet. Ca 20 % av den voksne befolkningen i Europa, inkludert nordiske land, har smerte som har vart mer enn 6 mnd og som har ført til stor lidelse, redusert arbeidsevne, dårlige sosiale funksjoner og redusert livskvalitet. Kronisk smerte hos eldre er vanlig, men er underrapportert. Hos eldre pasienter kan det være ekstra utfordrende å stille diagnose grunnet somatiske lidelser, polyfarmasi, redusert kognitiv eller språklig funksjon, angst og/eller depresjon (Legeforening, 2009).

Smerter i seg selv er som nevnt en subjektiv opplevelse slik at graden av smerte og smertepersepsjonen vil være varierende og forskjellig hos den enkelte person. Eldre mennesker defineres ofte som en egen pasientgruppe, og av forskjellige årsaker kan smerter hos eldre være utfordrende å kartlegge og behandle. Systematisk smertekartlegging vil være avgjørende for smertelindringen.

### 1.2.1 Smerte hos eldre

Helserelaterte problemer er ofte forsømt hos eldre. Inntil for noen år siden fantes det lite informasjon om utbredelsen av smerter hos eldre mennesker. Sensitivitet for smerter kan være redusert hos de eldre, men det betyr ikke at de har mindre smerter. I tillegg til fysiske årsaker forårsaket av alder kan symptomer som depresjon, angst, søvnforstyrrelser, vekttap og kognitiv nedsettelse relateres til smerte hos eldre. Med den høye alderen kan man anta at tap av familie og venner, samt tap av selvstendighet kan bidra til smerter, dette satt i en psykososial sammenheng. Mange eldre er underbehandlet når det kommer til smerter (IASP International association for the study of pain, 2019b). Smerter kan relateres til komplikasjoner knyttet til for eksempel gange og polyfarmasi. Forekomst av vedvarende smerter øker med alderen, og flertall har smerteproblemer som er underbehandlet (Kaye, Baluch, & Scott, 2010).

Det kan være forskjellige årsaker til at eldre mennesker generelt får dårligere smertebehandling enn det yngre mennesker gjør, men en årsak kan være barrierer hos pasienten selv, helsepersonell og ledere. Blant helsepersonell og de eldre selv er det en vanlig oppfatning at smerte er noe som hører til alderdommen. Dette skaper en forventning om at den eldre unnlater å gi uttrykk for smerte. Eldre faller da inn i en passiv rolle og venter «på sin tur»- de vil ikke være til bry for helsepersonell. I tillegg er de skeptiske til konsekvensene ved å være åpen om smertene, av frykt for sykehusinnleggelse, sykdomsårsak til smerten, økt belastning på helsepersonellet m.m. Organisasjonsmessige forhold i helsetjenesten kan også være med på å skape en barriere for smertebehandlingen. Et av mange eksempler her kan være manglende retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon og mangel på opplæring og etterutdanning av helsepersonell (Torvik & Bjørø, 2010).

Farmakologisk behandling er et viktig tiltak for lindring av smerter, men mange eldre tåler analgetika medikamenter mindre enn det yngre mennesker gjør.

Normal aldringsprosess resulterer i fysiologiske forandringer og kan påvirke kroppens evne til å nedbryte og skille ut medikamenter i kroppen. Det høye medikamentforbruket hos eldre øker risiko for bivirkninger og interaksjoner. Mange eldre pasienter overbehandles trolig med medikamenter generelt, men på en annen side er det viktig at

de eldre ikke får dårligere behandling av medikamenter enn det yngre gjør, grunnet deres alder. Mange eldre har også problemer med å huske å ta sine medikamenter. De kan ha praktiske utfordringer med å ta medikamentene, som for eksempel å åpne tablettpakninger (Spigseth, 2013).

Viktige prinsipper er å starte behandling tidlig nok, bruke enkle administrasjonsformer (oftest peroralt), dosere medikamentet slik at det oppnås en stabil serumkonsentrasjon, ha klare retningslinjer for hvordan ustabil smerte skal behandles. Ikke all smerte kan fjernes slik at det er viktig å ha realistiske mål for hva som kan oppnås selv om alle midler tas i bruk for å lindre smerten (Kaasa, 2016).

Smertevurdering av den geriatriske pasient er kompleks og krever en omfattende tilnærming til diagnose og behandling. Evaluering av pasientens funksjoner er viktig og påvirker grad av selvstendighet, behov for hjelp av helsepersonell samt livskvalitet, ADL (aktiviteter i dagliglivet) funksjoner bør være en del av denne evalueringen (Kaye et al., 2010).

Utfordringer for smertebehandling og smertevurdering er underrapportert smerte fra pasienten selv, atypiske symptomer av smerte hos eldre, samt et behov for økt forståelse av farmakokinetisk og farmakodynamisk endring som kommer med den økte alderen (Kaye et al., 2010).

Daglige smerter forekommer hos rundt 40% av eldre som får hjemmesykepleie i de nordiske hovedstedene (Sørbye, 2009). Kartlegging og dokumentasjon av smerter er svært viktig. Det er slik at eldre har et stort og udekket behov for smertelindring. Ved å bedre smertekartleggingen og behandlingen kan det bidra til å øke funksjonsnivå og livskvalitet, og dermed også redusere behovet for å komme på institusjon (Sørbye, 2009). De fleste som har diagnosen demens er eldre, og man kan anta at utfordringene knyttet til smerte og systematisk smertekartlegging hos eldre vil bli mer kompleks når det gjelder pasientgruppen av eldre som er rammet av demens. Smertekartlegging og verktøy for dette må derfor vurderes opp mot kognitiv funksjon og grad av demens.



## 1.2.2 Smertekartlegging

En forutsetning for optimal og individuell smertebehandling er at smertekartleggingen utføres på en systematisk måte. Smertekartleggingen av eldre handler om utredningen for å finne årsak til smerten, her og nå- smerter, smertemønster, smertens intensitet, kvalitet på smerten, smertens lokalisasjon og hvordan smerten påvirker dagliglivet. Pasienten kan også ha flere smerter samtidig. Det er viktig at pasienten kartlegges i forhold til fysisk funksjon, psykososial funksjon og kognitiv funksjon da dette kan påvirke den eldre pasientens smerter (Torvik & Bjørø, 2010).

Smerteanamnese er en sentral del av smertekartleggingen. Å innsamle sykdomshistorie og medisinske opplysninger er en viktig del av anamnesen. Det å gjøre en systematisk anamnese krever mange spørsmål og dette finnes det verktøy for. Sammen med anamnesen er det vanlig å gjøre en klinisk undersøkelse av pasienten, som eventuelt suppleres med laboratorie- analyser og bildedannede undersøkelser for å foreta en samlet konklusjon av pasientens totale smertebilde (Werner & Arendt-Nielsen, 2013).

I den systematiske smertekartleggingen er det viktig å anvende verktøy for å kunne systematisk kartlegge her og nå, men også gjentatte ganger gjort over tid.

Flere typer standardiserte verktøy for selvrapporing av smertens intensitet er utviklet. Eksempler på dette er numerisk skala (NRS) og verbal skala (VRS).

Selvrapporing er en forutsetning for god og tilfredsstillende smertebehandling (Sandvik & Husebø, 2011).

Smerteintensitet er en av de viktigste komponentene i smertebeskrivelsen, hvor pasienten rapporterer smerten selv. Her er det ikke pasientens pårørende eller helsepersonell som skal si noe om smerten, kun pasientens egen opplevelse av smerten. Med dette fordrer det at pasienten er intakt når det kommer til funksjon og at pasienten kommuniserer (Werner & Arendt-Nielsen, 2013).

Smertelokalisasjon krever tradisjonelt at pasienten kan vise hvor smerten sitter, og det kan for eksempel brukes et anatomi kart hvor pasienten tegner inn lokalisasjonen av smerten selv. Smertekarakteren kan endre seg under sykdommens forløp og kan være med på å gi god klinisk informasjon.

Smertens varighet er en viktig parameter med tanke på diagnostikk og behandling.

Psykologiske faktorer spiller en stor rolle i pasientens opplevelse av smerte, og er en mest fremtredende faktor ved kroniske smerter (Werner & Arendt-Nielsen, 2013).

Når det kommer til smertekartleggingen hos pasienter med demens, er det flere hensyn og vurderinger å ta enn hvis pasienten ikke har diagnosen demens. Ut ifra hvor fremskreden demensutviklingen hos den gjeldende pasient er, må det tas i bruk en adekvat smertekartlegging og valg av smertekartleggingsverktøy.

De standardiserte verktøyene for selvrapporing er ikke alltid riktige type verktøy å bruke selv om de anses å være gullstandarden. Videre kan det å skulle gjøre en smerteanamnese by på problemer med tanke på grad av kognitiv svikt.

### **1.3 Demens**

Forekomst av demens øker med alderen. I 2015 var antall mennesker med demens estimert til 47,5 millioner verden over. I 2030 er dette tallet forventet å bli 75,6 millioner. I 2050 er tallet forventet å bli 135,5 millioner (World Health Organization, 2019). Med disse tallene kan man se at omsorgen for demente, samt demente pasienter med smerte vil ha et stadig økende behov for kompetanse og omsorg. Det å få diagnosen demens er overveldende for den det gjelder, men også for pårørende. Det er fortsatt stor mangel på forståelse for demente pasienter, og et behov for et mer målrettet demensvennlig samfunn (World Health Organization, 2019). I Norge har i overkant 80% av de som har langtidsplass i sykehjem demenssykdom, og over 40 % som er over 70 år og har hjemmetjenester har demens. Med disse tallene kan det anslås at det er ca. 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere (Helsedirektoratet, 2019).

Demens er en felles betegnelse der en tilstand, eller et syndrom, som kan forårsakes av organiske sykdommer og som kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, endret sosial atferd, og en endring av evnene til å utføre de daglige aktivitetene. Redusert hukommelse skal alltid være til stede for at det kan omfavne begrepet demens (Engedal & Haugen, 2018a).

Kriterier for diagnosen demens er delt i fire, og er hentet fra World Health Organization. Den første dreier seg om svekket hukommelse, den andre er grad av bevissthet, den

tredje er svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd og den fjerde er at tilstanden må ha vart minst i seks måneder (Engedal & Haugen, 2018a).

I likhet med andre medisinske utredninger omfatter demensutredning anamnese, klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Diagnosen demens er viktig å diagnostisere blant annet for å utelukke andre sykdomsbilder/diagnoser. Undersøkelser har vist at det finnes sykdommer som kan ligne på demens, men som ikke er det. Depresjon av alvorlig grad kan for eksempel forveksles med demens der symptomer som nedsatt hukommelse og evnen til å tenke klart er redusert (Engedal & Haugen, 2018c).

Ved demens opptrer forskjellige symptomer. Nedsatt oppmerksomhetsevne vil svekke viktige prestasjonsevner som problemløsning og hukommelse. Hukommelse er viktig å ha og svikter generelt ved moderat og langt utviklet demens. Språkproblemer opptrer ofte som redusert taleflyt, svikt i ordforståelse og vanskeligheter med benevning (Engedal & Haugen, 2018b).

Grad av demens og type demens er viktig å ha kjennskap til i forbindelse med kartlegging av smerte. Da smertekartlegging tradisjonelt bygger på selvrapporing av smerter (Bjæro & Torvik, 2010). Ved de fleste typer demens kan det påvises svikt i evnen til å forstå og handle i rom, dette kan føre til store problemer med praktisk fungeringsevne.(Engedal & Haugen, 2018b).

Nevropsykiatriske symptomer ved demens er et bredt begrep som omfatter mange symptomer. De aller fleste med demens vil oppleve å ha nevropsykiatriske symptomer i løpet av sykdomsforløpet. Forekomst og alvorlighetsgrad vil øke med grad av demens, men kan også være det første symptomet på demens. Eksempler på nevropsykiatriske symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst, apati, aggresjon, oppstemthet, manglende hemninger, irritabilitet og motorisk/vokal uro (Selbæk, 2018). Motoriske symptomer hos mennesker med demens kan komme til uttrykk, men er ofte ikke de mest fremtredende. De senere år har forskere hatt mer fokus på gangfunksjon og balanse hos den demente pasienten. Disse funksjonene er svært viktig i dagliglivet og viktig for deltagelse i samfunnet (Tangen, 2018).

I kommunikasjonen med pasienter med demens foregår ofte den verbale kommunikasjonen med enkle ord samt direkte tilnærming med minst mulig tvetydig innhold. Budskapet bør være klart og konkret slik at det ikke fører til misforståelser. I den nonverbale kommunikasjonen bruker vi kroppsspråk, positur, ansiktsuttrykk, stemmeleie og øyekontakt (Rokstad, 2014).

Smerter alene, men spesielt sammen med diagnosen demens kan være utfordrende å kartlegge. Med kognitive endringer og ulik alvorlighetsgrad av demens, kan de overnevnte symptomene gjøre smertekartleggingen mer utfordrende.

### 1.3.1 Smerter hos eldre mennesker med diagnosen demens:

Alder er den høyeste risikofaktoren for både demens og smerter. Med den aldrende populasjonen vil antallet eldre personer med demens og smerter trolig være økende i de kommende årene. Forfatterne av artikkelen «Pain in dementia», ønsket å ha fokus på om pasienter med demens uttrykte og opplevde smerte på samme måte som pasienter uten demens gjorde. Forfatterne påpeker at studier viser til at det er behov for pålitelig smertevurdering både hos pasienter med verbalt og ikke-verbalt språk. Desto mer pålitelig smertevurdering, desto mer pålitelig smertebehandling. Kliniske studier viser til at pasienter med demens ikke får like optimal behandling av sine smerter slik pasienter uten demens gjør det (E. Scherder et al., 2009). Det vises her til at det er stor risiko for at pasienter med demens og smerter er underbehandlet, spesielt de som har et ikke-verbalt språk, og hos de pasientene som rapporterer mindre utbredt og intens smerte. Vurdering av pasientens kognitive status er svært viktig for å vite at man bruker riktig smertekartleggingsverktøy eller fremgangsmåte i smertevurderingen (E. Scherder et al., 2009).

En pasient med kognitiv svikt, slik demente pasienter har, vil ha redusert evne til å uttrykke smerte. Risikoen da er at smerten ikke blir diagnostisert eller behandlet (Knudsen & Kaasa, 2016).

Videre viser forskning at pasienter med en demenssykdom kan ha en økt påvirkning av smerteopplevelsen som følge av demensen i seg selv. Dette er en konsekvens av de

nevrologiske forandringene i hjernen som påvirkes i sykdomsprosessen (Erik Scherder et al., 2005).

### 1.3.2 Smertekartlegging hos pasienter med demens:

Systematisk symptomkartlegging av smerter hos pasienter med kognitiv svikt er viktig, men utfordrende. Graden av svikt er varierende, og selvrapporing av smerte er anbefalt. Dersom pasienten ikke klarer dette grunnet grad av kognitiv svikt er observasjoner utført av helsepersonell eller pårørende å foretrekke. Dette skal gjøres systematisk (Knudsen & Kaasa, 2016).

Etter hvert som den kognitive svikten øker, svekkes språkevnen. Det blir en utfordring i å formidle smerten verbalt. På dette tidspunktet blir det nødvendig å benytte observasjon av atferd for å vurdere smerte. Smerteatferden kan være forskjellig fra menneske til menneske, og eldre med demens kan vise en smerteatferd som avviker fra de som er kognitivt intakte. Hos demente pasienter er ikke fravær av observerbare smerteindikatorer ensbetydende med at den demente pasienten ikke har smerte (Bjørø & Torvik, 2010).

Smertekartleggingsverktøy basert på observasjon baseres ofte på smerteobservasjoner anbefalt av American Geriatrics Society (AGS panel, 2002). Disse smerteobservasjonene baserer seg på ansiktsuttrykk, verbalisasjon/vokalisasjon(ynking), kroppsbevegelser, forandringer i personlighet, forandring i aktivitet/rutiner og forandring av mental status (Knudsen & Kaasa, 2016).

Det har vært en økende interesse for smertekartleggingsverktøy tilpasset nonverbale pasienter med demens (Bjørø & Torvik, 2010).

En forutsetning for tilstrekkelig smertebehandling er selvrapporing (Sandvik & Husebö, 2011). Observasjon av atferd som erstatning for selvrapporing innebærer å være bevisst begrensningene observasjon av atferd som smerteindikator gir. Andres opplevelse av smerteintensitet samsvarer ikke alltid, eller ofte ikke, med personens egen opplevelse av smerteintensiteten. Dette understøttes i en studie hvor man undersøkte pålitelighet og gyldighet av ansiktsuttrykk og vokaliseringer som

smerteindikator. Resultatene viste stort samsvar mellom sykepleiernes og medisinstudentenes scoringer, men mindre samsvar når det kom til smertens intensitet. Når pasienten selv ikke kan selv rapportere er det vanskelig å si noe om smertens intensitet. Viktig informasjon går tapt, og smertekartleggings verktøy basert på observasjon har ingen score som kan si noe om intensiteten (Manfredi, Breuer, Meier, & Libow, 2003).

Selvrapportering av smerter er den beste type smertekartleggingen, men det forutsetter muligheten for adekvat kommunikasjon (Bjørø & Torvik, 2010).

En studie gjennomført av Lillekroken og Slettebø (2013) indikerer at sykepleiere har gode kunnskaper når det gjelder smertelindring, men at manglende kartlegging og ingen rutiner for behandling kan medføre at valg av smertelindrende tiltak vil virke tilfeldig foretatt. Det fremkommer at sykepleiere ikke bruker smertekartleggingsverktøy, og har ikke rutiner for å anvende smertekartlegging eller smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013). I denne kvalitative forskningsartikkelen så var felles hovedtrekk hos informantene at «det å være sykepleier og å arbeide med pasienter med demens er faglig spennende, men også utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring» (Lillekroken & Slettebø, 2013, p. 30).

Smertekartlegging hos eldre med demens er viktig men utfordrende. Det er viktig å være klar over de begrensninger og utfordringer som følger med smertekartlegging ved hjelp av observasjon. Og at godt samarbeid mellom ulike helsepersonell, pasient og pårørende er viktig i dette arbeidet.

## **1.4 Kontekst**

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsevesen (Stortinget, 1994-1995). I det praktiske helsearbeidet er forebyggende arbeid, god behandling, god eldreomsorg og nøye observasjon av helsetilstanden viktige elementer og avgjørende i det praktiske helsearbeidet. Det er variasjon mellom kommunene når det gjelder tilbudet om institusjon og hjemmetjeneste for eldre. Den økende andelen på eldre over 80 år sammen med økt antall aleneboere vil kunne bidra til økt etterspørsel etter omsorgstjenester i framtiden. Spesielt vil det være en forventet økning i antall demente

som vil gi store utfordringer for kommunehelsetjenesten. Regjeringen vil i tiden framover satse mer på eldreomsorg og med dette, den hjemmebaserte omsorgen (Stortinget, 1994-1995).

Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den som har behov for pleie og omsorgstjenester. Staten har ansvar for å gi gode rammevilkår til kommunene gjennom regelverk og økonomi ved å føre tilsyn. Disse tjenestene må organiseres slik at brukeren kan leve og bo selvstendig og ha et aktivt og meningsfullt liv i fellesskap med andre (Regjeringen, 2013).

Utviklingen av antall mottakere av hjemmetjenesten har økt sterkt fra midten av 90-tallet. Det økende behovet skyldes at tjenestetilbudet har blitt utbygget i takt med at det blir stadig flere eldre, i tillegg har økningen av yngre mottakere vært i vekst (Regjeringen, 2013).

Kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenester de har behov og krav på (Regjeringen, 2009) .

Kommunene vil innenfor helse og omsorgs tjenestene i årene fremover møte utfordringer som økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov, økende antall eldre med demenssykdommer, økt behov for medisinsk oppfølging og økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak (Helsedirektoratet, 2010).

Smertekartlegging som implementerte verktøy satt i system vil være et uttrykk for kvalitet og ivaretagelse av pasientenes behov og rettigheter. Dette innebærer fordeling av oppgaver og ansvar, hvilke hjelpemidler og kartleggingsverktøy som skal tas i bruk og rutiner for videre avdekking og oppfølging av smertene. Prosedyrene kan være med på å legge forholdene til rette for at pasientene som har smerte får tilfredsstillende hjelp og behandling.

Med samhandlingsreformen som tredde i kraft i 2012, hvor strategiene som ble satt handlet om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre, skulle pasienter og brukere få tidligere hjelp og hjelp nærmest mulig der de bor. Rett behandling til rett tid, og på rett sted. Samhandlingen mellom sykehus og kommunene stod sterkt i denne reformen (Regjeringen, 2008-2009).

Bing Jonsson (2015) med forfattere har studert kompetansebehov knyttet til eldre pasienter i hjemmesykepleien. I gjeldende studie ble helse og omsorgsledere, leger, sykepleiere, pårørende og pasienter spurt om hvilke sykepleierkompetanser som er nødvendige for å kunne ivareta pasientene. Det viktigste funnet er at det trengs kunnskap og kliniske ferdigheter knyttet til å gjenkjenne og forebygge sykdomsforverring, palliativ omsorg, etisk kompetanse og kunnskap om grunnleggende behov og å kunne kommunisere muntlig og skriftlig. Sykepleiere som behandler eldre hjemmeboende trenger avansert kunnskap og omfattende kompetanse (Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold, & Foss, 2015).

Videre har Regjeringens demensplan 2020 som mål å få til et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens inn i samfunnet, så vel som i helse og omsorgstjenestene. Demensplanen har fokus på tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgnsstilbud og som kan støtte/avlaste pårørende. Demens krever økt innsats for tilrettelegging av boforhold og omgivelser, meningsfulle dager og aktiviteter, ernæring, pleie, smertelindring og palliativ behandling. Brukerinnflytelse og brukerinvolvering skal være i fokus (Regjeringen, 2015).

Med mål og behov satt fra Storting og Regjering er det viktig at kommunene får økonomisk støtte i å videreutdanne sitt helsepersonell, dette er å anta som en nødvendighet hvis målene skal nås. Det vil i årene som kommer bli en økt mengde av eldre, noe som henger sammen med en økt mengde av eldre med diagnosen demens. Generelt vil helsepersonell i kommunen trenge mer kompetanse, større ressurser og et større tidsrom hos pasientene for å utføre nødvendige arbeidsoppgaver, som for eksempel systematisk smertekartlegging hos den eldre pasient med demens. Det er viktig at mål og behov satt av Storting og Regjering vurderes sammen med den faktiske hverdagen som helsepersonell står i hver dag i sitt arbeid, slik at sprik mellom mål og realitet minskes.



### 1.4.1 Personsentrert omsorg ved demens

Personsentrert omsorg er et begrep vi kjenner igjen når det kommer til helse og omsorgstjenesten. Nasjonal faglig retningslinje om demens fastslår at behandling og omsorg skal bygge på personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2019).

Personsentrert omsorg kan knyttes til tiltakspakker eller metoder for demensarbeid, men kan også være innfallsvinkel og tilnærming når det kommer til kommunikasjon med pasienten med demens. Verdien i en person i denne sammenheng forstås som å respektere mennesker for deres iboende verdi selv om mulighetene for rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter blir svekket med bakgrunn av diagnosen demens (Rokstad, 2014).

God demensomsorg innebærer å møte den demente der pasienten er, med fokus på individuelle tilrettelagte tjenester med bakgrunn i den enkeltes sykdomshistorie, livsfortelling samt at tilpassede tiltak iverksettes. Trygghet for en person med demens kan være å bruke velkjente klær og gjenstander, frem for å bruke nye eiendeler de trenger å gjøre seg kjent med. Det å kunne bruke gamle gjenstander er innlært.

Individuelle preferanser er viktig for pasienten som har demens, hvilke daglige rutiner har vedkommende og hva liker og misliker vedkommende. Livshistorie som pasienten selv vil ha vanskeligere for å holde fast ved selv etter hvert, vil være en viktig kunnskap for helsepersonell som er hos pasienten. Livshistorien kan brukes til å styrke selvbildet og opprettholde en identitet selv om forvirringen øker, dette kan skape gode følelser. Det bør kartlegges hva den enkelte pasient opplever meningsfullt (Brooker, 2013).

Det å verdsette mennesker med demens eller kognitiv svikt er viktig i den personsentrerte omsorgen, dette må tydeliggjøres i det praktiske arbeidet. Gjeldende organisasjon og ledere for personalet som skal gi denne omsorgen, må ha en visjon som tydeliggjør hva dette arbeidet innebærer og betyr. En personsentrert pleiekultur innebærer også fagutvikling og kompetanseheving i arbeidsgruppa (Rokstad, 2014).

Det å gi personsentrert omsorg for en pasient med demens krever kartlegging. Det finnes ulike verktøy for kartlegging av pasientens livshistorie og bakgrunn. Pasientens helsetilstand er viktig kartlegging, her bør særlig smertetilstander vektlegges (Rokstad, 2014).

Når personer med demens har fysiske plager kan faren være at dette oppdages etter lang tid så sant helsepersonell ikke er våkne og undersøker hva som har forårsaket endringen hos pasienten med det samme. Denne endringen kan være plutselig tiltakende forvirring. Smerte registreres ofte ikke hos personer med demens og vises tegn på ubehag tolkes dette ofte som utfordrende atferd, dette kan ha ytterligere negativ innvirkning på utførelsen som demenssykdom gir. Hvis pasienten med demens har smerter, kan disse episodene av smerter være vanskelig å huske tilbake til samt å finne ord for å beskrive symptomer. Her må pasienten ha hjelp til at helsepersonell tar initiativ for å observere og kartlegge smerten (Brooker, 2013).

Nasjonalt vektlegges personsentrert omsorg i demensomsorgen og i Norge blir dette beskrevet i Demensplanen (Regjeringen, 2015).

Når det kommer til hjemmesykepleien og kontinuitet, er det å anta at dette er vanskelig å imøtekomme. Med kontinuitet blant helsepersonell kan man lettere fange opp blant annet endring i form av uro, forvirring, nedstemthet og smerter på en annen måte enn ved mangel av kontinuitet. Dersom man kjenner pasienten svært dårlig, eller har svært lite spillerom når det kommer til tid vil det være vanskeligere å fange opp endringen og grunnen til den. Helsepersonell som utfører systematisk smertekartlegging hos pasienter med demens vil derfor ha god nytte av å anvende personsentrert omsorg i møte med den enkelte pasient.

#### 1.4.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis handler om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskaper og behov. Dette vil være med på å forbedre tjenestene våre. Kunnskapen blir innhentet fra ulike kilder som kollegaer, eksperter, forskning, retningslinjer osv. Det er viktig å være i viten om at disse kildene har både styrker og svakheter. Kunnskapsbasert praksis kan være med på å øke bevisstheten om, og reflektere over hvilke kunnskapskilder som handlingene dine baseres på. Målet er å styrke beslutningsgrunnlaget for den som jobber i helsesektoren og bevisstgjøre den enkelte på hvor kunnskapen er hentet fra. Hvis en prosedyre eller rutine er utarbeidet uten å basere seg på oppdatert kunnskap kan

prosedyren i verste utfall føre til feil behandling av pasienter. Derfor er det viktig at den enkelte helsearbeider kan finne best tilgjengelig kunnskap samt kritisk vurdere den (Helsebiblioteket, 2019a).

I Regjeringens st.meld 10, står det at det handler om å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke ledere og ansattes kompetanse. Forbedre og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, samt at det systematisk skal tas i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer og annen kompetansestøtte. Resultater av kvalitet etterspørres av alle ledere. Knappe ressurser og mangel på tid og opplæring blir gjerne trukket fram som forklaringer på hvorfor helse- og omsorgstjenesten ikke har fått på plass systemer for styring, kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig vet vi at mye handler om hvordan ressursene brukes og om kultur og tradisjoner. Kvalitetsarbeid er å skape en lærende organisasjonskultur (Regjeringen, 2012). Dette er i tråd med å jobbe kunnskapsbasert.

Et av områdene som fremheves i utdannelsen i avansert klinisk sykepleie er kunnskapsbasert praksis. Det er som AKS viktig å videreføre dette arbeidet med kunnskapshåndtering inn i sin yrkespraksis, og anvende kompetansen ut på sin arbeidsplass.

## **1.5 Studiens hensikt**

Basert på masterutdannelsen jeg tar, avansert klinisk sykepleier (AKS), ønsker jeg å være med på å bidra til å utfylle forskningen når det kommer til eldre pasienter med demens. Mange eldre er underdiagnostisert når det kommer til smerter, spesielt pasienter med demens (Kongsgaard et al., 2008). Med dette falt valget på å finne hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon som var å finne, tilpasset eldre pasienter med demens. Hensikt var videre å se om noen var anbefalt til bruk i hjemmesykepleie, og om de var tilgjengelig på norsk. Dette for å kunne ta aktuelle verktøy i bruk i hjemmesykepleien hvor jeg selv arbeider, og hvor jeg mener det er behov for systematisk smertekartlegging generelt.

En avansert klinisk sykepleier (AKS) er en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstagning, samt klinisk

kompetanse i en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/eller autorisasjonskrav i det aktuelle landet (Fagerstrøm, 2019).

Behovet for helsetjenester øker, og revurdering av ulike helsefaggrupper og deres kompetanse er på sin plass slik at tilgangen til behandling bedres. Sykepleierne og andre helsefaggrupper står ovenfor endringer. Kompetanse og ferdigheter må brukes effektivt. Pasientenes behov i hjemmetjenesten øker i kompleksitet, og det stilles store krav til sykepleierens kliniske kompetanse. En velfungerende hjemmetjeneste for fremtiden krever sykepleiekompetanse samt at hele helsefaggruppen økes på kompetanse. Unødvendige sykehusinnleggelse kan forebygges dersom det er tilgang på leger og klinisk kompetente sykepleiere. Det kan antas at med avansert kliniske sykepleiere (AKS) i kommunen, kan fastlegebehovet reduseres. Sykepleiere med avansert klinisk kompetanse kan fungere som et bindeledd mellom ulike nivåer av omsorg innenfor kommunehelsetjenesten (Fagerstrøm, 2019). En AKS vil kunne ta større ansvar og ha en mer selvstendig rolle innenfor sykepleiefunksjonen. Større og utvidet individuelt ansvar for pasientens pleie, omsorg, behandling og mer komplekse kliniske arbeidsoppgaver krever mer dybdekunnskap i sykepleiefaget, god tverrfaglighet og kunnskaper i avanserte kliniske ferdigheter. Eksempler på dette er å kunne gjøre nøyaktige anamneser, klinisk undersøkelsesmetodikk på avansert nivå, grundig vurdering av pasientens helsebehov, kunne gjøre forskjellige kliniske beslutninger samt kunne vurdere pasientens legemiddelbehandling (Fagerstrøm, 2019).

Smerter og smertekartlegging er absolutt et arbeidsområde for en AKS, hvor den klinisk avanserte sykepleieren kan gi pasienten en god oppfølging med sine økte kunnskaper og klinisk blikk/erfaring. En AKS kan også stå for internundervisning og opplæring når det kommer til smerter, smertekartlegging og bruk av smertekartleggingsverktøy. Smerteanamnese og kliniske undersøkelser vil kunne utføres av AKS i kommunen. Kunnskapene om smerter vil også kunne være med å gi en økt forståelse når det kommer til smertebarrierer.

Det å kunne bruke og være trygg på enkelte smertekartleggingsverktøy i hjemmesykepleien samt et ønske om at organisasjon og ledelse vil legge til rette for at dette legges i hjemmesykepleiens rutiner vil være verdifullt. Det å ha et felles system for systematisk smertekartlegging, og være med på å kvalitetssikre smertebehandlingen i

samarbeid med sykehus, sykehjem og fastleger vil være viktig. I artikkelen til Lillekroken & Slettebø konkluderes det med at sykepleiere har et eget ansvar for egen fagutvikling, og å arbeide kunnskapsbasert. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og kontinuerlig fokus på mulige smerter hos disse pasientene vil øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Med henvisning til kapittel om demens kommer det frem at med et økende antall eldre, vil også gruppen av pasienter med demens øke. Forskning viser videre at gruppen av eldre pasienter, og eldre pasienter med demens er underdiagnostisert når det kommer til smerter.

## 2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Basert på de forestående kapitlene er følgende problemstilling formulert:

«Hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon er best egnet til å kartlegge smerte hos eldre pasienter med diagnosen demens?»

Forskningsspørsmål til studiet:

1. Hvilke smertekartleggingsverktøy ut ifra observasjon finnes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens?
2. Hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene er tilgjengelig på norsk?
3. Hvilke av de tilgjengelige smertekartleggingsverktøyene på norsk er psykometrisk testet?
4. Kan de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelige på norsk anbefales til bruk i hjemmesykepleien?

### **3 Metode**

Litteraturstudie er viktig da denne metoden søker å oppsummere den litteraturen som allerede finnes rundt et tema. Leseren trenger ikke å søke opp/ lese hver og en artikkel som er inkludert i det aktuelle litteraturstudiet. Gjennomgang av litteratur og forskning med en utvelgelsesprosess av de beste forskningsartiklene skal kunne være med på å svare på aktuell problemstilling og forsknings spørsmål (Aveyard, 2014).

Forskningsresultater kan imidlertid ikke brukes ukritisk, og gyldigheten av informasjonen må derfor vurderes. I litteratursøket kan informasjonsmengden bli u håndterlig dersom det bare blir brukt primærstudier, slik at det kan være en god løsning å bruke systematiske oversiktsartikler som har samlet all forskningsbasert kunnskap om et avgrenset område (Aveyard, 2014).

Ønsket om å finne smertekartleggingsverktøy tilpasset pasienter som har demens har vært med å bestemme hva slags metode som ble valgt i oppgaven. Scoping review er valgt som metode.

#### **3.1 Scoping review:**

Det finnes mange typer review eller litteraturstudier. I denne oppgaven er scoping review valgt som metode, da jeg ønsket å få en bred oversikt over hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon som var tilgjengelig for demente pasienter. I de innledende søkene i arbeidet med masteroppgaven ble artikkelen «Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematics reviews of pain assessment tools» identifisert. Denne artikkelen ble vurdert som metodisk god, og forskningsspørsmålene dekket det jeg ønsket å finne ut av. Artikkelen er inkludert i studien og dekker tidsrommet frem til 2014 (Lichtner et al., 2014).

Søkene har derfor fokusert på å dekke gapet fra 2014 frem til januar 2019, som Lichtner m.fl sin artikkel ikke fyller. Dette for å identifisere smertekartleggingsverktøy publisert etter 2014.

De primære forskjellene mellom en systematisk litteraturstudie og et scoping review, er at et scoping review har et mindre avgrenset forskningsspørsmål enn i en systematisk

litteraturstudie. Et scoping review kan bruke flere kilder for å identifisere relevante studier, og inkluderer studier med ulike design og metoder. Et scoping review har til hensikt å gi en oversikt over et forskningsfelt og presentere nøkkelinformasjon fra de inkluderte artiklene deskriptivt og gjennom tabeller. Denne metoden vil ikke omfatte en summering eller fullstendig syntese av evidens, eller gi en kvalitetsvurdering av evidensnivå slik det forventes ved en systematisk litteraturstudie (Arksey & O'Malley, 2005). Ved et systematisk litteraturstudie kreves en klart definert problemstilling/forskningsspørsmål (Peterson, Pearce, Ferguson, & Langford, 2017).

I et scoping review er det ikke krav til at forskningsstudiene er på et like høyt nivå eller går like langt inn i dybden av forskningen slik det gjøres i ett systematisk litteraturstudie. Inklusjon og eksklusjonskriterier i et scoping review, er som i systematiske litteraturstudier, et krav til metoden (Peterson et al., 2017).

I denne metoden er det gjennomgående mer rom for fleksibilitet enn det er i en systematisk litteraturstudie. Teoretiske og fortellende (narrative) litteraturstudier, grå litteratur, samt både kvalitativ og kvantitativ forskning kan anvendes i scoping reviews.

Scoping reviews kan være å foretrekke hvis litteraturen er enorm og kompleks (Peterson et al., 2017).

En systematisk litteraturstudie vil ha strengere krav til metoden, arbeidet skal gjenspeile en transparent fremgangsmåte. Kritisk vurdering av inkluderte artikler er et krav til metoden og det skal være minst to forfattere som selvstendig går igjennom hvilke identifiserte artikler gjennom søket, som skal inkluderes og ekskluderes i studiet (PRISMA- transparent reporting of systematic reviews and meta analyses, 2019). På grunn av begrensninger i omfang og ressurser knyttet til dette prosjektet var en systematisk litteraturstudie i tråd med PRISMA sine retningslinjer ikke mulig å gjøre.

I 2005 var det Arksey & O'Malley som publiserte det første rammeverket for scoping review. De skisserte fire hensikter med scoping reviews. Den første var å danne seg et raskt oversiktsbilde av forskningsfeltet, den andre hensikten var å fastslå gjennomførbarheten, relevansen og kostnaden for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie. Den tredje hensikten er å gi en fokusert syntese, potensielt et ønske om at det kunne foregå raskt. Den fjerde hensikten var å kunne dra konklusjoner og identifisere hull i eksisterende litteratur (Arksey & O'Malley, 2005).



Arksey & O'Malley mente at et scoping review kunne gjennomføres som et første skritt i et mye større prosjekt, som for eksempel en systematisk litteraturstudie, men kan også i seg selv være en enkelt studie alene. Kritikere til scoping review mente at siden det til forskjell fra systematiske oversiktsartikler, ikke var krav til kritisk vurdering av inkluderte artikler/forskningsartikler i scoping review, var anvendelse av denne metoden bekymringsfull (Arksey & O'Malley, 2005). For å bøte på dette ble den mest sentrale forskningsartikkelen, Lichtner m.fl (2016), kritisk vurdert da denne danner grunnlaget for en stor del av de identifiserte verktøyene. Videre er kunnskap om forskningsmetode, tillært i løpet AKS utdannelsen, benyttet for å mer overordnet vurdere samtlige inkluderte artikler kritisk.

Sluttproduktet av et scoping review er en deskriptiv presentasjon og bruk av tabeller, og har minimal eller begrenset statistisk informasjon. Et scoping review kan brukes på mange områder, og er svært relevant innenfor helse og sykepleie (Peterson et al., 2017).

Med scoping review som metode vil jeg vise til hvilke ulike smertekartleggingsverktøy til observasjon hos pasienter med demens som finnes, samt å se hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk.

### **3.2 Inklusjons og eksklusjons kriterier i søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon**

For å gjøre treffmengden i søkene håndterbare ble inklusjon og eksklusjons kriterier satt til å være forskning/artikler skrevet fra 2014 frem til januar 2019. Alle inkluderte artikler måtte inneholde relevant informasjon om smertekartleggingsverktøy basert på observasjon til pasienter med demens. For å presisere ble verktøy tilpasset personer uten demens ekskludert. Artikler og forskning som har blitt gjort før 2014 har ikke blitt søkt etter, da det ble vurdert at artikkelen fra Lichtner m.fl skal dekke dette tidsrommet med en tilfredsstillende metode.

Med kvalitativt design søkes det etter personlige erfaringer og opplevelser. Det ble raskt klart at kvalitative artikler med beskrivelser av erfaringer og opplevelser ikke kunne bidra til å svare på problemstilling og forskningsspørsmål i denne studien. Kvalitative artikler

ble dermed ekskludert. Det samme er artikler på andre språk enn engelsk og nordisk, da oversettelse fra eventuelle andre språk ble ansett å være for ressurskrevende. Inklusjon og eksklusjons kriterier er presentert i tabell 1.

**Tabell 1: Inklusjon og eksklusjons kriterier**

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
1. Pasienter med diagnosen demens	1. Pasienter som ikke har diagnosen demens.
2. Smertekartleggingsverktøy basert på observasjon til pasienter med demens.	2. Kartleggingsverktøy som ikke måler smerte
3. Årstall fra 2014 og frem til jan. 2019	3. Årstall før 2014
4. Engelsk og Nordisk språk	4. Språk utenom Engelsk og Nordisk
5. Kvantitative artikler/forskning, litteraturstudier, fagartikler, grå litteratur	5. Kvalitative artikler/forskning

### 3.3 Søkestrategi

I forbindelse med oppgaven ble det gjort to søk. Det første søket var et omfattende søk som skulle identifisere smertekartleggingsverktøy basert på observasjon, til eldre pasienter med diagnosen demens. I søket etter smertekartleggingsverktøy ble det benyttet en systematisk fremgangsmåte med søk i databasene for å komme frem til artiklene som er identifisert. I inkluderingen av artiklene ble det også valgt en systematisk fremgangsmåte, og prosessen har foregått basert på inklusjon og eksklusjons kriteriene i oppgaven.

Det andre søket i oppgaven, søk etter smertekartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk, ble gjort for å identifisere hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk. Begge søkene ble gjort i samarbeid /veiledning med bibliotekar.

Gjennomgang av referanselister i inkluderte artikler, samt frisøk på internett ble gjort i tillegg til søkene i anerkjente databaser for forskning.

Viser til vedlegg 1, hvor Embase som database ble anvendt til å demonstrere et eksempel på hvordan søkeordene ble brukt i en søkestrategi.

### 3.3.1 Søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset eldre pasienter med demens

Artikkelen fra Lichtner m.fl (2014) har dannet utgangspunkt for første del av oppgaven. Denne studien identifiserte og presenterte 28 forskjellige smertekartleggingsverktøy tilpasset mennesker med demens (Lichtner et al., 2014). Artikkelen ble vurdert til å dekke de identifiserte smertekartleggingsverktøyene frem til år 2014. Denne oppgaven er dermed et scoping review fra 2014 og frem til d.d for å identifisere ytterligere/nye smertekartleggings verktøy som artikkelen til Lichtner m.fl (2014) ikke omtaler.

Denne artikkelen har blitt kritisk vurdert gjennom CASP sjekklister, Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2019). Denne sjekklisten ble valgt fordi det er en anerkjent sjekklister. Engelsk språk ble valgt da den aktuelle artikkelen er på engelsk. Problemstilling og forskningsspørsmål i artikkelen var klart formulert. Lichtner (2016) søkte etter systematiske litteraturstudier av smertekartleggingsverktøy som gav evidens på reliabilitet, validitet og klinisk nytte. De inkluderte forskningsartiklene (8 stk litteraturstudier) møtte alle inklusjonskriteriene, og inkluderte beskrivelse av psykometrisk testing av smertekartleggingsverktøyene. De inkluderte artiklene var kritisk vurdert gjennom AMSTAR som sjekklister. Kvaliteten på de inkluderte artiklene i Lichtner m.fl (2014) sin forskningsartikkel varierte, og kun en artikkel fylte alle kriteriene i AMSTAR (Lichtner et al., 2014). Utfylt sjekklister med ytterligere detaljer fra kvalitetsvurderingen av Lichtner m.fl sin forskningsartikkel er vedlagt (vedlegg 4).

Innledende søk i forbindelse med prosjektbeskrivelsen, gav en oversikt over hva som kunne finnes av litteratur gjennom forskjellige søkeord jeg prøvde å legge inn. Prosessen med søking fortsatte en god stund, både gjennom databaser og gjennom frisøk generelt. Søkeordene formet seg etter hvert, og jeg hadde en kommunikasjon både med min veileder og bibliotekar i denne prosessen.

#### **Søkeord:**

Søkeordene som ble tatt i bruk skulle fange opp smertekartleggingsverktøy, og etter innledende søk valgte jeg søkeord som kunne favne bredt rundt tema smerter og verktøy. Og deretter litt mer spesifikt med tanke på smertekartleggingsverktøy og demens.

**Tabell 2: søkeord**

<b>Søkeord:</b>
Pain
Clinical assessment tool
Pain assessment
Pain measurement
Pain scale
Dementia

**Databaser:**

Søk etter smertekartleggingsverktøy ble gjort i følgende databaser:

**Tabell 3: Anvendte databaser**

<b>Database:</b>	<b>Beskrivelse av database:</b>
Medline	En referanse database for biomedisinske tidsskriftartikler
Cinahl	Verdens mest omfattende og autoritative referansedatabase innen sykepleie og tilgrensende fag
Cochrane	Database innen evidensbasert praksis
Embase gjennom Ovid	Europeisk orientert database innenfor medisin og farmakologi
Ageline	Referansedatabase innen aldring og demens
Swemed	Referanser til nordiske artikler innenfor medisin
Epestemonikos	Database som gir rask tilgang til systematiske oversikter om kliniske spørsmål

Videre dekket helsebiblioteket oppslagsverkene BMJ Best practice, UptoDate, og gav mulighet for pyramidesøk i McMaster, samt mulighet for å søke etter prosedyrer og retningslinjer. Det ble ikke inkludert artikler derfra.

Henviser til Prisma flyt i tabell 5 for treffmengde og sortering av artiklene.

**Søkestrategi:**

Søkestrategien i de ulike databasene var noe ulik grunnet søkemotorenes oppbygning.

Samtlige søk bygger på tabell 4.

**Tabell 4: søkestrategi**

Søk 1:	Pain
Søk 2:	Clinical assessment tool
Søk 3:	Pain AND Clinical assessment tool
Søk 4:	Pain assessment
Søk 5:	Pain measurement
Søk 6:	Pain scale
Søk 7:	Pain assessment OR Pain measurement OR Pain scale OR Søk 3
Søk 8:	Dementia
Søk 9:	Søk 7 ble satt sammen med søk 8, sammen med AND

Der det var mulighet ble alle søkeordene markert med explode, og huket av som nøkkelord. Noen av søkeordene, som pain scale, ble i Cinahl ikke lagt inn som subheadings (foreslo i stedet pain measurement), og ble da søkt som tekstord i Cinahl.

Søkeordene dementia og pain gav også mange subheadings som ble inkludert og er relevante i forhold til søket. Jeg trykket også på selve ordet og så hva som lå under søkeordet i databasene, slik at jeg hadde fått med meg relevante indekserte ord i alle databasene som ble tatt med videre, eventuelt lå ordene i de forskjellige databasene fra før.

I Embase ble Medline ekskludert fra søket, da denne databasen ble dekket i individuelt søk.

I Ageline kommer det ikke opp indekserte ord, så da er dementia søkt med OR til ordene alzheimer, vascular dementia, dementia senile, lewy body disease og frontoporal dementia.

I Swemed er også databasen lagt opp litt annerledes, slik at her måtte jeg prøve meg frem med søkeordene. Søk 3 gav 0 treff, slik at søk 4,5 og 6 (med OR imellom) ble satt sammen med søk 8 (med AND imellom).

De artiklene som har blitt ekskludert underveis har ikke fylt kriterier etter inklusjon og eksklusjon, eller har ikke vært relevante til å besvare problemstilling. Dersom artikler ikke har hatt relevans for studien har de ikke blitt inkludert (viser til tabell 5 og flytdiagram).

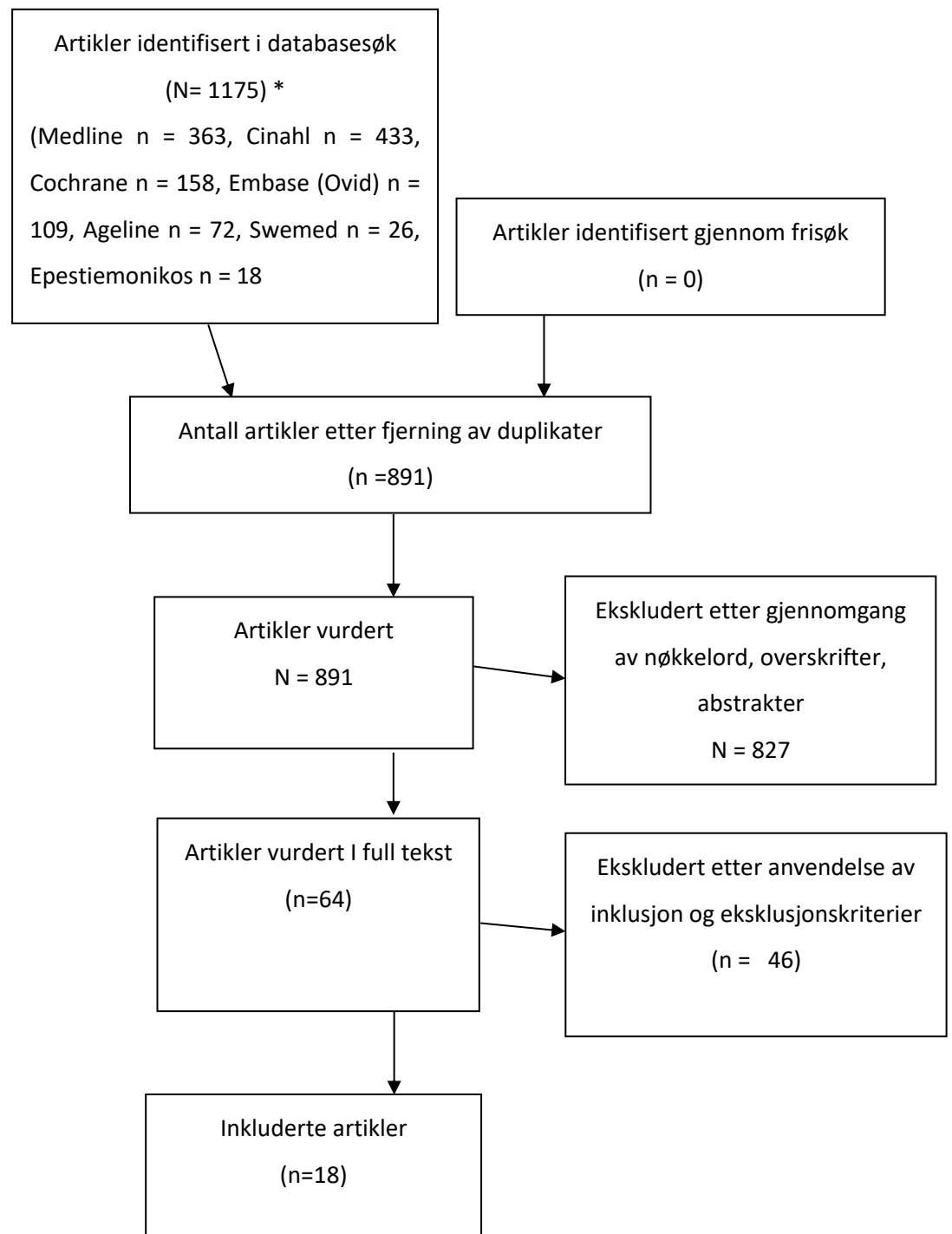
### **Sortering og gjennomgang av identifiserte artikler:**

Alle søkene gav treff i databasene, men i Helsebiblioteket ble det ikke hentet noen artikler da databasen baserte seg mer på retningslinjer og prosedyrer rundt kartlegging av smerter generelt, enn å omtale spesifikke kartleggingsverktøy.

Tilsammen utgjorde søk i databaser 1179 treff på forskningsartikler. Kun 1175 av disse lot seg overføre til Endnote, slik at 4 forskningsartikler forsvant i denne overføringen. Dette ble forsøkt flere ganger i samarbeid med bibliotekar, men de 4 artiklene ville ikke la seg overføre, og det var ikke mulig å identifisere de 4 artiklene som ikke lot seg overføre. Jeg valgte jeg å bli sittende med de 1175 artiklene som ville legge seg over i Endnote. Her kan smertekartleggingsverktøy ha gått tapt, men trolig dreier det seg om enten duplikater eller tomme referanser. Endnote ble valgt som verktøy for å samle artiklene og sortere de systematisk.

I sorteringen av artiklene i Endnote startet jeg med å fjerne duplikater. Deretter gikk jeg gjennom artiklene på nøkkelord og overskrifter, med tanke på relevans i forhold til min problemstilling. Når denne prosessen var gjort gikk jeg gjennom artiklenes abstrakter, deretter mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til slutt satt jeg igjen med et antall av artikler som jeg gikk igjennom med fulltekst. Noen ble lest i fulltekst, da abstrakter ikke forelå, så her ble noen artikler ekskludert. Henviser til flytdiagram i tabell 5.

Tabell 5 – Flytdiagram for søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon for eldre med demens.



### 3.3.2 Søk etter hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene basert på observasjon som var tilgjengelig på norsk

I forskningsspørsmålene til oppgaven ble det spurt om noen av de identifiserte verktøyene var tilgjengelig på norsk. Det ble gjort søk i databasen Pubmed for å besvare dette spørsmålet. Pubmed er en database som dekker biomedisinske tidsskriftartikler.

Initielt søkte jeg i samtlige databaser med de forskjellige søkeordene jeg hadde fra søket etter smertekartleggingsverktøy sammen med Norwegian, men søkemotorene gav ingen adekvate treff. Pubmed ble dermed valgt da denne databasen gav adekvate treff på det jeg ønsket å finne.

Søkestrategi er presentert i tabell 6.

**Tabell 6. Søk etter smertekartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk.**

Søk 1:	Pain assessment AND Dementia AND Norwegian
Søk 2:	Pain measurement AND Dementia AND Norwegian
Søk 3:	Pain scale AND Dementia AND Norwegian

Disse søkeordene ble valgt grunnet erfaringen fra det første søket etter smertekartleggingsverktøy, samt at Norwegian ble valgt i tillegg for å kunne fange opp smertekartleggingsverktøy tilpasset pasienter med demens som var oversatt til norsk.

Til sammen utgjorde dette søket 27 treff hvor flere av de var de samme artiklene (duplikater). Utenom dette søket i database, ble det også utført frisøk.

Tidsskriftet for Den norske legeförening, Sykepleien og Google Scholar er eksempler på hvor frisøkene ble foretatt. Søkene etter smertekartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk ble gjort i april-2019. Det ble også gjort søk etter hvert enkelt smertekartleggingsverktøy identifisert i det første søket, sammen med søkeordene Norwegian og Norsk/Norge.

Etter å ha lest de aktuelle artiklene satt jeg igjen med fire artikler som ble inkludert i oppgaven. Disse artiklene kunne bidra til å svare på mitt forskningsspørsmål som omhandlet hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene i søket etter



smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens, som var tilgjengelig på norsk. Oppsummering av disse artiklene er lagt til oppgaven som vedlegg 3.

### **3.4 Hvilke av de tilgjengelige smertekartleggingsverktøyene på norsk var psykometrisk testet**

De identifiserte smertekartleggingsverktøyene tilgjengelig på norsk ble omtalt i flere av de inkluderte artiklene, slik at de gjeldende forskningsartiklene fra søkene som (første søket og det andre søket) ble gjort, samt Lichtner (2014) sin artikkel, måtte nøye gjennomgås for å identifisere om de sa noe om psykometriske egenskaper i disse smertekartleggingsverktøyene.

Psykometriske egenskaper som reliabilitet, validitet, verktøyenes gjennomførbarhet og kliniske nytte var sentralt å kartlegge gjennom alle de identifiserte forskningsartiklene til studiet der dette var tilgjengelig. Primærstudier til inkluderte forskningsartikler ble også anvendt for å svare på dette forskningsspørsmålet.

Validitet er i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke (Store norske leksikon, 2019b).

Reliabilitet brukes om en konsistens eller stabilitet i målinger. Måling vil alltid innebære en mulighet for feil. Gjentas målingen flere ganger, vil feilen kunne variere begge veier rundt et gjennomsnitt (Store norske leksikon, 2019a).

Dette er viktige psykometriske egenskaper, som har forskjellige typer tester i seg.

### **3.5 Kan smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk brukes i hjemmesykepleien**

For å kunne svare på dette spørsmålet, måtte det kartlegges om noen av de inkluderte artiklene i studien brukte hjemmesykepleie for testing av verktøyene eller om noen av forskningsartiklene hadde fanget opp om settingen hjemmesykepleie var utgangspunkt for testingen av smertekartleggingsverktøyene.

Her måtte Lichtner (2014) m.fl sin forskningsartikkel, samt artikler inkludert i søket etter smertekartleggingsverktøy og artikler i søket etter smertekartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk gås igjennom. Inkluderte litteraturstudier henviste i stor grad til deres primærstudier/enkeltstudier, med hvor settingen befant seg.

## 4 Resultater

Etter å ha beskrevet metode og hvordan jeg jobbet for å finne relevante forskningsartikler til min oppgave, kom jeg frem til 23 forskningsartikler tilsammen som kunne brukes for å bidra til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Det første søket, søket etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon- tilpasset eldre pasienter med demens, identifiserte 9 smertekartleggingsverktøy mellom 2014-jan.2019.

Lichtner m.fl sin artikkel gav meg svar på hvilke smertekartleggingsverktøy som fantes med søk gjort i mars 2013, med et funn på 28 smertekartleggingsverktøy til sammen, hvor hun påpekte at 24 av de var basert på observasjon.

I søket etter hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk, ble 4 forskningsartikler inkludert. Videre ble det oppsummert hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene tilgjengelig på norsk, som har beskrivelser av psykometriske egenskaper i inkluderte forskningsartikler.

Til slutt ble det oppsummert om noen av smertekartleggingsverktøyene tilgjengelig på norsk, var testet opp mot bruk i hjemmesykepleien og om de eventuelt var anbefalt til bruk der.

### **4.1 Oppsummering av inkluderte artikler -søk etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon hos eldre pasienter med demens**

De inkluderte artiklene fra søket etter smertekartleggingsverktøy basert på observasjon hos eldre pasienter med demens er oppsummert og beskrevet i vedlegg 2. 18 artikler har blitt inkludert. I vedlegget er artiklene nummerert fra 1-18. Artiklene ble valgt ut ved å anvende inklusjons- og eksklusjonskriterier, og samtlige ble vurdert som relevante for å kunne svare på problemstilling og forskningsspørsmål.

Av de 18 artiklene som ble inkludert til dette studiet, var 9 artikler kvantitative studier og 9 artikler var litteraturstudier. Artikkel nummer 7 (Closs et al., 2016) hadde også en kvalitativ del til studiet i tillegg til litteraturstudiet til artikkelen. Denne kvalitative delen ble ikke inkludert i studien, da den ikke var relevant for problemstillingen.

De 9 kvantitative artiklene hadde noe ulik metode. Seks av disse var observasjonsstudier: Artikkel nummer 1 (Atee, Hoti, & Hughes, 2017), artikkel nummer 2 (Atee, Hoti, Parsons, & Hughes, 2018), artikkel nummer 3 (Atee, Hoti, Parsons, & Hughes, 2017), artikkel nummer 12 (Hoti, Atee, & Hughes, 2018) og artikkel nummer 14 (Monacelli et al., 2017). Konteksten i disse artiklene var observasjon av pasienter med demens som bodde i omsorgsbolig/sykehjem med geriatrisk setting. Observasjonsstudiene var igangsatt for å avdekke smerte hos pasienter med demens med de valgte smertekartleggingsverktøyene, samt testing av smertekartleggingsverktøyene. Studiene var fra Australia og Italia. I artikkel nummer 16 (Ruest et al., 2017), var konteksten demente pasienter i langtidsbolig i sørøstlige Canada. Målet med studien var testing av smertekartleggingsverktøy til sammenligning med andre verktøy og dens validitet. Innsamling av data foregikk i en klinisk setting med målinger gjort en gang. Observasjon er å anta at ble brukt i smertevurderingen.

I en av observasjonsstudiene, Monacellis m.fl (2016) artikkel nr. 14, var settingen satt på sykehus og i overgangen mellom sykehjem/omsorgsbolig og sykehus.

De øvrige studiene bestod av studier med ulike kvantitative metoder. Artikkel nummer 13 (B. S. Husebø, Ostelo, & Strand, 2014), var et RCT (cluster randomized trial) som har blitt gjort på pasienter med demens i 18 forskjellige sykehjem i Norge, hvor et smertekartleggingsverktøy ble testet.

Et av de kvantitative studiene, artikkel nr. 4 (Bonin - Guillaume et al., 2016), var en tverrsnittstudie med testing av smertekartleggingsverktøy i fem geriatriske settinger i Frankrike. De fem geriatriske settingene befant seg i sykehus, rehabilitering og geriatriske klinikker.

Artikkel nummer 18 (van der Steen et al., 2015), brukte litteratur for å finne aktuelle verktøy til studien. Kvalitativ analyse ble anvendt for å kategorisere hvert punkt i de utvalgte verktøyene. Verktøyene var smertekartleggingsverktøy og verktøy for måling av ubehag hos slutten av livet pasienter. Verktøyene ble sammenlignet og kartlagt, median

andel ble anvendt. Innholdet i smertekartleggingsverktøyet PAIC ble kartlagt, et verktøy som har basert seg på tolv tidligere verktøy og har AGS panels (2002) tre mest beskrivende kategorier i seg.

De ni litteraturstudiene hadde mye til felles med at de søkte etter smertekartleggingsverktøy tilpasset pasienter med diagnosen demens. Artikkel nummer 5 (Carezzato, Valera, Vale, & Hortense, 2014), artikkel nummer 6 (Chow et al., 2016), artikkel nummer 7 (Closs et al., 2016), artikkel nummer 8 (Corbett, Husebo, et al., 2014), artikkel nummer 9 (Corbett, Achterberg, et al., 2014), artikkel nummer 10 (Hadjistavropoulos et al., 2014), artikkel nummer 11 (Herr, Zwakhalen, & Swafford, 2017), artikkel nummer 15 (de Juan Pardo, Saracibar-Razquin, Crespo, & Fuster Linares, 2018) og artikkel nummer 17 (Strand et al., 2018) representerte disse litteraturstudiene (se vedlegg 2).

Samtlige artikler ble vurdert til å holde høy faglig kvalitet. Alle hadde en tydelig formulert problemstilling/ forskningsspørsmål og metode var tilfredsstillende beskrevet. Som nevnt tidligere stiller ikke metoden scoping review krav til kritisk vurdering av artiklene. Likevel ønsket jeg å sjekke om de var fagfelleurdert.

De fleste av artiklene viste at de var fagfelleurdert (Peer Reviewed). I fire av de inkluderte artiklene kom det ikke tydelig fram om artikkelen er fagfelleurdert, men det ble likevel gitt indikasjoner på en prosess med fagfellevurderinger med opplysninger om tidsperioden artikkelen ble levert og akseptert.

Samtlige artikler fulgte IMRAD strukturen. IMRAD står for introduction, method, result and discussion og kjennetegner ofte vitenskapelige artikler. Hadjistavroupulos (2014) viser ikke til IMRAD struktur, men den er fagfelleurdert.

## 4.2 Identifiserte smertekartleggingsverktøy basert på observasjon - tilpasset pasienter med diagnosen demens

Etter gjennomgang av artiklene, identifiserte jeg smertekartleggingsverktøy som var tilpasset eldre med demens fra år 2014- januar 2019, som ikke fremkom i Lichtner m.fl sin artikkel. Til sammen utgjorde dette 9 smertekartleggingsverktøy.

I artikkelen til Lichtner m.fl ble 28 smertekartleggingsverktøy identifisert. Lichtner hadde definert 24 av disse som observasjonsverktøy. De resterende fire verktøyene krevde selvrapporing, derfor kunne de ikke defineres som observasjonsverktøy. Jeg har imidlertid inkludert 25 av de 28 verktøyene til funn i denne oppgaven. Verktøyene pain assessment scale for use with cognitively impaired adults, PPI og PPQ krevde selvrapporing og ble dermed ekskludert. NOPPAIN antydte at en del av smertevurderingen krevde selvrapporing, og at det dermed ikke var å anse som et observasjons-smertekartleggingsverktøy. Verktøyet vurderes imidlertid gjennomgående av andre artikkelforfattere som et observasjons-smertekartleggingsverktøy og ble derfor inkludert.

Vurderingen av hvilke verktøy som var observasjonsverktøy i Lichtner (2014) med forfattere sin studie beskrives angivelig i Additional file 7. Vedlegget er imidlertid ikke tilgjengelig i artikkel. Forfatter Valentina Lichtner ble forsøkt kontaktet på e-mail for å undersøke om additional file 7 kunne sendes per mail slik at hennes vurderinger kunne gjennomgås. Svar på henvendelsen er ikke mottatt.

Totalt ble altså 34 smertekartleggingsverktøy for observasjon til pasienter med demens identifisert. Verktøyene presenteres i tabell 7 og 8.

Tabell 7: Oversikt over identifiserte verktøy gjennom artikkel fra Lichtner m.fl søk gjort i mars 2013.

Nummer:	Identifisert verktøy:	Beskrivelse:
---------	-----------------------	--------------

1	Abbey pain scale	Et verktøy med 6 elementer til vurdering. Vokalisasjon, ansiktsuttrykk, endring i kroppsspråk, atferdsendringer, fysiologiske forandringer & psykiske forandringer. Opprinnelig oppfunnet med tanke på pasienter med demens i siste del av livet
2	ADD protocol, assessment of discomfort in dementia	Protokoll for mangel av komfort hos pasienter med demens. Innehar 6 elementer.
3	Behaviour checklist	Innehar 20 elementer. Scoren baserer seg på tilstede/ikke tilstede. Nivå av smerter måles ikke. Observasjonen baserer seg på ansiktsgrimaser.
4	CNPI, checklist of nonverbal pain indicators	Sjekkliste som innehar 6 elementer. Non-verbal vokalisasjon, ansiktsgrimaser eller ynking, rastløshet, klaging, gni på ting/gjenstander.
5	Comfort checklist	Innehar fem domener i vurderingen av smerter. Vokalisasjon, motoriske tegn, behovsindikatorer, ansiktsuttrykk & diverse symptomer.
6	CPAT, Certified nursing assistant Pain Assessment tool	5 elementer er inkludert. Ansiktsuttrykk, behov, humør, kroppsspråk & aktivitetsnivå.
7	Doloplus 2	Innehar 3 dimensjoner med 10 elementer. Dimensjonene baserer seg på somatikk, psykomotorikk & psykososialt.
8	DS-DAT, discomfort scale for dementia of the Alzheimers type	Innehar 9 elementer i vurderingen. Støyende respirasjon, negativ vokalisasjon,

		ansiktsuttrykk, skremt ansiktsuttrykk, trist ansiktsuttrykk, rynker, avslappet kroppssråk & anspent kroppsspråk er blant disse.
9	ECPA, Elderly pain caring assessment	Innehar 3 dimensjoner med 11 elementer. Dimensjonene er «pre-care, post-care & during activities».
10	ECS, Elderly classification system	Er en videreutvikling av EPCA og innehar 10 elementer i vurderingen.
11	ECPA 2, elderly pain caring assessment 2	Videreutvikling av EPCA. Innehar 2 skalaer med 8 elementer. Baserer seg på tegn som kommer til uttrykk utenom omsorgsgivning & tegn som kommer til uttrykk under omsorgsgivning.
12	FACS, facial action coding system	Verktøyet koder ansiktsuttrykk. Innehar 1 kategori(ansikt) og 46 elementer.
13	FLACC, Faces, leg, activity, cry and consolability pain assessment tool	Opprinnelig et verktøy utviklet til barn. Innehar 5 elementer.
14	Mahoney pain scale	Innehar 4 elementer som adresserer ansiktsuttrykk, vokalisasjon, kroppsspråk & endring av respirasjon.
15	MOBID, mobilization- observation- behaviour- intensity- dementia	Inkluderer 3 smerteindikatorer som omhandler ansiktsuttrykk, smertelyder & forsvar. Fra begynnelsen har verktøyet 7 elementer, men 2 av de har senere blitt eliminert grunnet mangel på validitet.
16	NOPPAIN, Non-communicating patients pain assessment instrument	Verktøy for observasjon og vurdering av smerter hos pasienter med demens. Består av



		4 deler, SELVRAPPORTERING, observasjon av atferd knyttet til daglige aktiviteter, smertelokalisasjon & smertens intensitet.
17	Observational pain behaviour tool	Innehar 7 dimensjoner & 25 elementer.
18	PACSLAC, The pain assessment scale for seniors with severe dementia	Innehar 4 dimensjoner og 60 elementer. Ansiktsuttrykk, aktivitet/kroppsbevegelser, sosial/personlighet/humør, fysiologisk/spise/sove/vokal.
19	PADE, Pain assessment in dementing elders	Innehar 3 dimensjoner & 24 elementer. Observasjonsvurderinger, smerteintensitet & daglige gjøremål.
20	PAINAD, The pain assessment in advanced dementia scale	Innehar 5 kategoriske elementer. Respirasjon/pusting, negativ vokalisasjon, ansiktsuttrykk, kroppsspråk & trøstbarhet.
21	PAINE, Pain assessment in non-communicative elderly persons	Innehar 3 dimensjoner og 22 elementer. Repeterende fysiske bevegelser, repeterende vokalisasjoner, fysiske tegn på smerte og dermed endring av atferd.
22	PATCOA, The pain assessment tool in confused older adults	Innehar 4 kategorier og 9 smerteindikatorer. Vokalisasjon, ansiktsuttrykk, behov & motorisk aktivitet.
23	PBM, Pain behaviour measurement	Innehar 3 kategorier og 5 elementer. Ansiktsuttrykk, motorikk & vokalisasjon.
24	RaPID, rating pain in dementia	Innehar 4 dimensjoner med 18 elementer. Behov, emosjonelt, atonomic and postural.

25	REPOS, Rotterdam elderly pain observation scale	10 elementer i verktøyet som scores etter 2 minutter med observasjon. Elementene dekker ansiktsuttrykk, emosjonell status, fysisk atferd & vokalisasjon.
----	---	--

Tabell 8: Oversikt over identifiserte verktøy, etter søket etter smertekartleggingsverktøy søk gjort i januar 2019

Nummer:	Identifiserte verktøy:	Hvor mange treff i artikler:	Artikkel nummer:	Beskrivelse:
1	ePAT (electronic pain assessment tool)	4	1, 2, 3, 12	Et smertekartleggingsverktøy som bruker en hybrid modell som har automatisert analyse av ansiktsgjenkjenning, digitalisering & klinisk observasjon. Verktøyet er bygget som en software applikasjon & kobles til android & IOS smart enheter. Innehar 6 domener & 42 elementer.
2	Algoplus	4	4, 11, 14, 15	Innehar 5 elementer & baserer seg på screening fra 0-5. Ansiktsuttrykk, utseende, klaging, kroppsposisjon & atypisk oppførsel.
3	PASLAC 2(The pain assessment scale for seniors with severe dementia)	3	6, 10, 11, 16	Screening verktøy for helsepersonell. Innehar 6 smerteatferds kategorier, ansiktsuttrykk, verbalt, kroppsbevegelser, forandring i personlige interaksjoner, forandring fra normalt mønster & mental status.

4	MOBID 2(mobilization-Observation-behaviour-intensity-dementia)	8	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13	Videreutvikling av MOBID. MOBID har et 11-punkts NRS (numeric scale rating). MOBID innehar 3 elementer, smertelyder, ansiktsuttrykk & forsvar. De blir målt på smertens intensitet fra 0-10, gjennom guidede bevegelser. Overalt smerter blir målt i en NRS skala. MOBID 2 legger til en vurdering på smertens intensitet når det kommer til smerteatferd relatert til hode, indre organer og/eller hud & kroppsdiagram.
5	PACI (pain assessment in cognitively impaired)	4	6, 8, 10, 11,	Innehar 3 dimensjoner & 7 elementer. Ansiktsuttrykk, verbalt & kroppsbevegelser.
6	Doloshort	1	11	En forkortelse av smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2. Innehar 5 elementer.
7	PAIC (Pain assessment in impaired cognition)	3	9, 17,18	Indikator på kroppsbevegelse knyttet til smerte.
8	EDAD (Pain assessment scale in elderly patients with dementia)	1	15	Består av 3 faktorer, med 8 elementer i en skala. Observasjon foregår før og under stell, samt gjennom de siste 48 timene.
9	PBOICIE (Pain behaviours osteoarthritis instrument cognitively impaired elderly)	1	8	Innehar 6 elementer til observasjon av smerte. Eldre mennesker med kognitiv nedsettelse har vanskelig for å uttrykke smerter i hofte eller kne med sin osteoartritt, derfor ble dette verktøyet utviklet.

Etter gjennomgang av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene fremkom det at samtlige verktøy i ulik grad var bygget på elementer hentet fra The American Geriatrics

Society (AGS) sine guidelines for smerteindikatorer hos eldre mennesker med kognitiv svekkelse. Disse indikatorene var ansiktsuttrykk, verbalisasjon/vokalisasjon, kroppsbevegelser, forandringer i personlighet, endring av rutiner og endring av mental status. (AGS panel, 2002).

Noen av verktøyene var videreutvikling av andre verktøy. Doloshort og Algoplus var videreutviklet fra Doloplus-2. MOBID-2 var videreutviklet fra MOBID. EPCA-2 og ECS var verktøy som var videreutviklet fra verktøyet EPCA. PACSLAC-2 var videreutviklet fra PACSLAC. Det har blitt laget forenklete versjoner blant annet for å kunne kartlegge smerten raskere eller dypere, slik som Algoplus og MOBID-2.

Abbey pain scale var et eksempel på et observasjonsverktøy som baserte seg på alle 6 smerteindikatorene som AGS guidelines har definert.

ePAT og PAIC var eksempler på nye utviklede verktøy, hvor ePAT hadde en automatisk analyse elektronisk, PAIC ble utviklet med tanke på et felles smertekartleggingsverktøy i Europa basert på allerede utviklede verktøy.

### **4.3 Oppsummering av inkluderte artikler -søket etter hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk**

Med forskningsspørsmål 2 i studien ønsket jeg å finne ut av hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk.

Etter gjeldende søk, som ble beskrevet under metodekapittelet, fikk jeg i Pubmed et treff på 27 artikler.

Etter å ha gått gjennom aktuelle artikler, kom jeg frem til 4 artikler som ble inkludert i oppgaven etter dette søket. Det var artikkel nummer 19 (Nygaard & Jarland, 2006), artikkel nummer 20 (Hølen et al., 2005), artikkel nummer 21 (B. S. Husebø, 2008) og artikkel nummer 22 (Hølen et al., 2007). De utvalgte artiklene kunne svare på hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene i studien som var tilgjengelig på norsk. Forskningsartiklene var alle fagfelleverdert.

De inkluderte forskningsartiklene var kvantitative artikler, hvor en av de var en doktorgradsavhandling, artikkel nummer 21. Husebøs (2008) utvikling av MOBID-2 har blitt gjort med sykehjemspasienter i Norge gjennom hennes avhandling.

Doloplus-2 har gjennom Hølen (2005) med forfattere sin artikkel både blitt oversatt og testet. I Hølen (2007) med forfattere sin artikkel har verktøyet Doloplus-2 blitt testet på nytt i norske forhold, når det kommer til validitet, fordi det forelå lite data på dette i Doloplus-2 som verktøy. CNPI har også i Nygaard (2006) med forfattere sin artikkel blitt testet for validitet og reliabilitet i norske sykehjem. Artikkelen ble inkludert da testingen ble utført i norske forhold, med norske pasienter.

Viser til vedlegg 3, med oppsummering av disse artiklene.

#### **4.4 Identifiserte smertekartleggingsverktøy basert på observasjon hos eldre pasienter med diagnosen demens- tilgjengelig på norsk**

**Tabell 9**, viser hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset pasienter med demens som var tilgjengelig på norsk:

<b>Verktøy tilgjengelig på norsk:</b>	<b>Hvor mange treff i artikler:</b>	<b>Artikkel nummer:</b>
MOBID-2	1	21
DOLOPLUS- 2	2	20 & 22
CNPI	1	19

Hverken systematiske søk eller frisøk identifiserte andre norske smertekartleggingsverktøy basert på observasjon, tilpasset pasienter med demens.

Etter å ha utført søk etter smertekartleggingsverktøy og søk etter hvilke av de som var tilgjengelig på norsk, har jeg gjort funn på hvilke smertekartleggingsverktøy som var tilpasset eldre pasienter med demens, samt fått et svar på hvilke av disse som var tilgjengelig på norsk.

To av smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk ble identifisert i Lichtner m.fl (2014) sin forskningsartikkel. I denne artikkelen har Doloplus -2 treff i 6 av de inkluderte artiklene i den aktuelle forskningsartikkelen (Lichtner et al., 2014). CNPI ble også identifisert i Lichtner sin forskningsartikkel med treff i 8 av de inkluderte artiklene i studien (Lichtner et al., 2014). MOBID-2 var et smertekartleggingsverktøy som ble

identifisert gjennom søket etter smertekartleggingsverktøy i oppgavens eget søk, og hadde et treff i 8 av artiklene som er inkludert her, viser til tabell 8.

Dette viser at de identifiserte verktøyene som er tilgjengelig på norsk har blitt forsket på, internasjonalt og her i Norge.

#### **4.5 Psykometriske egenskaper hos smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk**

Ved å gjennomgå forskningsartiklene som er inkludert i det første søket, det andre søket, samt gjennom artikkelen til Lichtner (2014) med kolleger forsøker jeg her å svare på om verktøyene har blitt psykometrisk testet.

MOBID-2:

Mobid-2 ble utviklet i Norge av Husebø gjennom hennes doktorgradsavhandling. Mobid-2 viste i avhandlingen tilfredsstillende reliabilitet, validitet og klinisk anvendbarhet for smertevurdering (B. S. Husebø, 2008). Avhandlingen foregikk i flere deler (papir 1-4). Mobid-2 er som tidligere nevnt en videreutvikling av Mobid som smertekartleggingsverktøy, begge verktøyene var med og dannet grunnlaget i denne avhandlingen. Del 1 beskrev utviklingen av Mobid som verktøy for personer med demens. Verktøyet ble testet på validitet og reliabilitet. Den andre delen tok for seg videre testing av verktøyet Mobid. Del 3 viser at Mobid-2 ble testet på validitet ved sammenligning av test scorer gjort av leger ved smerteundersøkelse av pasienter og andre typer smerteindikatorer. Mobid-2 ble testet for intern konsistens (denne testen skal gi omtrent samme utfall ved hver måling av verktøyet), og viste tilfredsstillende resultat (0,82- 0,84), inter- rater (samsvar bør være høyt) falt bra til veldig bra ut i testing (0,41.0-90 og 0.80- 0,94) (smerteatferd), test-retest falt også bra til veldig bra ut på testing (her er graden av samsvar etter gjentatt testing under samme betingelser viktig) (0,46-0,93 og 0,60- 0,94) (smerteintensitet) og intra-rater (testing for samsvar innad i testen) ble testet på verktøyet. Del 4 i avhandlingen handlet om å identifisere smerte hos sykehjemspasienter med forskjellig grad av demens. Sammenhengen mellom scoringer av smerteintensitet hos Mobid-2 og bruk av smertestillende medikamenter i en klinisk setting ble vurdert gjennom å gjøre en tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie samler informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon på et gitt tidspunkt (Helsebiblioteket, 2019b).Konklusjon

etter utført tverrsnittstudie var at pasienter med forskjellig grad av demens demonstrerte samme smerteatferd og behov for smertestillende som pasienter uten demens, men hadde høyere andel av ICD-10 diagnoser (Tiende versjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer). Husebø (2008) sin samlede konklusjon var at MOBID-2 burde være tilgjengelig på alle norske sykehjem, og kan være til hjelp for å sikre kompetent smertebehandling. Studiet indikerte bevis for reliabilitet og validitet av Mobid-2 som smertekartleggingsverktøy og kan brukes i en klinisk setting på norske sykehjem, og det ble gitt valide og reliable scorere for bruk av verktøyet hos pasienter med demens. Verktøyet ble i utgangspunktet utviklet på norsk, med internasjonal publisering av verktøyene ble instrumentet oversatt engelsk.

Smertekartleggingsverktøyet Mobid-2 er identifisert i til sammen ni av de inkluderte forskningsartiklene i oppgaven. Av de ni forskningsartiklene var sju av de litteraturstudier. Disse sju litteraturstudiene bygger igjen på primærstudier som ser på Mobid-2 som smertekartleggingsverktøy. Altså har disse litteraturstudiene oppsummert funn på hva andre har forsket på med bruk av Mobid-2.

Closs (2016) med kolleger har inkludert tre primærstudier i sin forskningsartikkel som beskrev Mobid-2. Closs henviste blant annet til testing av reliabilitet med inter-rater test. Dette ble målt ved at to ulike personer brukte verktøyet, og her omtalt. Samsvar bør altså være høyt. Kappa koeffisient måles, og en verdi på 0,6 eller mer indikerer moderat til godt utfall. Mobid-2 sin måling viste 0,05-0,90. På testen test-retest skårer verktøyet bra.

Validitet er graden av gyldighet. Altså, i hvilken grad kan man ut ifra resultatene av et forsøk eller en studie trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke. Validitet ble målt ved sammenligninger med andre utførte smertescoringer og ved smertemålinger gjort ved hvile og aktivitet. I testen intern konsistens (en test innenfor måling av validitet), scoret Mobid-2 høyt. På validitet ble Mobid-2 målt til å være moderat til god. På intern konsistens måler Mobid-2 0,41-0,83 (smerter målt på observasjon) og 0,48-0,93 (visuelle smerter ut ifra observasjon basert på innspillinger/opptak).

På gjennomførbarhet av verktøyet og klinisk nytte sa Closs (2016) at det var lite tilgjengelig data. Det var motstridende synspunkt på Mobid-2 sin brukervennlighet. Det ble også poengtert at det var behov for opplæring av verktøyet Mobid-2.

Herr (2017) med forfattere har identifisert at Mobid-2 demonstrerte moderat validitet. Dette ble gjort ved at en generell smerte score ble sammenlignet med scoren hos andre smerterelaterte variabler, validiteten i verktøyet ble anbefalt videre testing. Reliabilitet hos verktøyet målte tilstrekkelig på intern konsistens. Moderat til sterkt utfall på testen interrater på reliabilitet, for scoring på smertens intensitet. Moderat til sterkt utfall på testen, test-retest. Ved gjennomførbarhet av verktøyet og dens kliniske nytte påpekte forfatterne noen punkter. Verktøyet hadde ingen informasjon på hvor lang tid det tok å anvende det og verktøyet anbefalte 1-2 timers opplæring hos sykepleiere som skulle ta det i bruk.

Husebø (2014) med forfattere er en av de inkluderte forskningsartiklene til det første søket etter smertekartleggingsverktøy i oppgaven. Den har basert sin analyse på cluster randomized trial, noe som betyr at det er gruppen som helhet som blir forsket på og ikke individene. Her omfatter testingen test-retest på reliabilitet. Respons blir undersøkt ved å teste seks hypoteser i forhold til assosiasjoner mellom endring i score på Mobid-2 og andre utfallsmål. Mobid-2 kom tilfredsstillende ut av det.

#### DOLOPLUS- 2:

Gjennom søket ble det identifisert kun to artikler som beskrev de psykometriske egenskapene til Doloplus-2. Gjeldende studier som omhandlet Doloplus-2, ble gjort med sykepleiere på tre sykehjem i samarbeid med to forskningsassistenter som brukte Doloplus-2 på 59 pasienter med demens. (Hølen et al., 2005). Resultatet her ble sammenlignet med erfarne klinikere sine smertemålinger. Regresjonsanalyse ble anvendt i studien for å utforske forskjellige elementer ved smertemålingene. Doloplus-2 viste seg etter testing som et valid verktøy og var anvendbart når det kom til klinisk nytte ifølge Hølen (2005) med forfattere, men det ble anbefalt en reevaluering av verktøyet. Hølen (2007) med forfattere inkluderte femti pasienter fra sykehjem og tjueto pasienter fra geriatrisk avdeling ved St. Olavs hospital i denne studien. Medisinske journaler som omhandlet smerter angitt gjennom de siste tjue timene (fra sykepleiere eller pasienten selv), utspørring av smerter fra en spesialist på smerter sammen med en klinisk eksaminasjon ble brukt som smertekriterier. Doloplus-2 ble anvendt av deltagende



sykepleier. Regresjonsanalyse ble anvendt for å kunne anslå verktøyets evner og forklare ekspertens smertevurderinger. Testen inter-rater på reliabilitet ble brukt for å identifisere sammenhenger i de forskjellige utførte smertevurderingene. Forskningsartikkelen anbefalte videre forskning og at verktøyet Doloplus-2 gjennom denne forskningsartikkelen alene ikke kan defineres som valid, da dette vil foregå i en lang prosess.

CNPI:

Nygaard (2006) med forfattere anvendte i sin studie, sykepleie-journaler fra sju sykehjem, for å kartlegge og evaluere pasientenes smerter gjennom siste uken. Gjennom et spørreskjema (SPMQ, Short portable questionnaire) ble det først sortert ut hvilke pasienter som kunne defineres med diagnose dement og hvem som ble definert psykisk nedsatt. Journaler ble anvendt for å si noe om hvem av pasientene som hadde hatt smerter uken før. Deretter ble sykepleiere instruert i bruken av verktøyet CNPI, dette ble tatt i bruk hos pasientene.

I evalueringen ble smertens intensitet vurdert gjennom visual analog scale (VAS). Statistikk og tester ble deretter anvendt. Tester som ble brukt var tests for tests, retest og inter-rater for reliabilitet. CNPI viste seg moderat til god som resultat av testingen.

Lichtner (2014) med forfattere oppsummerte alle identifiserte verktøy sammen, og viste til at flere tester ble anvendt i de inkluderte forskningsartiklene til studiet. I testene inter-rater reliabilitet, test-retest, intra-rater reliabilitet ble Doloplus-2 og CNPI vurdert moderat til god. Oppsummeringen av verktøyene med dens tester sa at variasjonen av reliabilitet i de forskjellige verktøyene, gjorde sammenligningen vanskelig.

Validiteten til smerteverktøyene ble primært utforsket ved å sammenligne smerteverktøyet/skalaen med andre smertescore eller referansekriterium. Smerter ved hvile og ved bevegelse ble også utforsket. CNPI ble evaluert ved å sammenligne score før og etter en smertefull episode, og viste signifikant forskjell før og etter episoden.

Gjennomførbarhet av verktøyene, og klinisk nytte av dem, ble vanskelig å vurdere da det var lite data tilgjengelig på dette, sier Lichtner m.fl (2014). Hvis det var data tilgjengelig så var det ofte mangel på data i forskningsartikkelens opprinnelige studier. Inkluderte artikler i Lichtner m.fl (2014) viste motstridende synspunkter blant annet for Doloplus-2 når det kom til hvor lett det var å ta verktøyet i bruk, og det ble heller ikke informert om hvor lang

tid det burde beregnes for opplæring av Doloplus-2. Helhetlig konklusjon var at det var behov for videre testing av psykometriske egenskaper hos hvert verktøy.

#### **4.6 Smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset pasienter med demens og som er tilgjengelig på norsk- kan de anbefales til hjemmesykepleien**

Forskningsspørsmål 4 spør om noen av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som var tilgjengelig på norsk, kan anbefales til bruk i hjemmesykepleien. Dette dreier seg altså om smertekartleggingsverktøyene Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI, som er de eneste verktøyene tilgjengelig på norsk.

For å besvare forskningsspørsmålet ble identifiserte artikler som omtaler de aktuelle smertekartleggingsverktøyene gjennomgått.

Ingen av de identifiserte studiene har hjemmesykepleie som kontekst.

Husebø (2008) påpekte at Mobid-2 var tilpasset norske eldreomsorg, men forskningen ble gjort i norske sykehjem. Hølen (2007) med kolleger gjennomførte studien i norske sykehjem og geriatrisk avdeling på St. Olavs hospital, med smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2. Den andre artikkelen fra Hølen (2005) med kolleger omhandler konteksten seg i sykehjem. I Nygaard (2006) med forfattere sin studie ble CNPI utprøvd på norske sykehjem.

I Lichtner (2014) med forfattere sin forskningsartikkel ble det beskrevet at det var variasjon i hvor settingene befant seg. Disse settingene var langtidspleie, sykehjem, omsorgsenheter for demens, alderspsykiatriske enheter, rehabiliterings avdelinger, avdelinger for aldersomsorg, boliger med omsorg, avdelinger for langtidspleie, palliativ omsorg, geriatriske klinikker, langtidspleie av demenspasienter og omsorgsavdeling for pasienter med demens (når det kom til CNPI og Doloplus-2, som ble identifisert i Lichtner med forfattere sin artikkel).

Etter det første søket i oppgaven ble det også beskrevet hvor settingene fant sted og det kunne sammenlignes med de nevnte settingene i Lichtner (2014) sin artikkel. Det ble også i disse forskningsartiklene som var litteraturstudier, oppsummert fra primærstudier/enkeltstudier.



## 5 Diskusjon

Problemstillingen til oppgaven lyder «hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon er best egnet til å kartlegge smerte hos eldre pasienter med demens?». For å besvare dette måtte det først gjøres en kartlegging av hvilke verktøy som finnes (forskningsspørsmål 1). Resultatene gav et svar på at det finnes 34 smertekartleggingsverktøy til denne pasientgruppen. De er alle observasjons-smertekartleggingsverktøy, og jeg anser det å være mange identifiserte verktøy tilpasset denne pasientgruppen. Det var forventet å finne en del verktøy, men det var uventet at så mange av dem baserte seg på de samme elementene. Som nevnt har alle verktøyene elementer fra AGS guidelines i seg, i liten eller større grad (AGS panel, 2002). Dette viser at innholdet i dimensjonene og elementene i hvert verktøy er viktig å vurdere for å kunne ta de i bruk. Hvis verktøyene i sin helhet inneholder mye av det samme, bør det være mulig å velge seg ut et eller noen passende verktøy. Hvilke som velges bør basere seg på forskningen, og kvaliteten i verktøyene samt tilpasningen til eget land.

Forskningsspørsmål 2 etterspør hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk. Tilpasning til norske forhold er et viktig element i vurderingen for å ta verktøyene i bruk. Her kan man vise til viktigheten av kunnskapsbasert praksis og øvrig forskning, gjennom det å velge riktige smertekartleggingsverktøy. Resultatene i oppgaven viste at tre av smertekartleggingsverktøyene var tilgjengelig på norsk og har vært igjennom psykometriske tester. Dette er smertekartleggingsverktøyene Doloplus-2, MOBID-2 og CNPI. MOBID-2 er utviklet i Norge, Doloplus-2 er utviklet i Frankrike og CNPI er utviklet i USA.

Av alle de verktøyene som finnes, hvorfor er nettopp disse forsket på og oversatt norsk? Mobid-2 er utviklet i Norge, slik at her er det ikke snakk om oversettelse, men blant annet har Husebø, som har utviklet verktøyet, gjort videre forskning på verktøyet og kvaliteten i det etter at verktøyet ble utviklet i Norge. Doloplus-2 ble testet i norske sykehjem og geriatrisk sykehusavdeling og den ene artikkelen viser til oversettelse av verktøyet til norsk. Doloplus-2 sine egenskaper ble vektlagt sammen med at verktøyet var tilfredsstillende psykometrisk testet i andre land.

Nygaard (2006), presenterer i sin forskningsartikkel at CNPI ble valgt til å testes i norske sykehjem da det var et ønske at verktøyet skulle være til bruk i det daglige, det skulle være enkelt og ikke være et tidkrevende verktøy å bruke. CNPI møtte disse kriteriene og

ble testet på reliabilitet og validitet i norske forhold. Det har ikke blitt identifisert forskning på at CNPI er direkte oversatt til norsk, slik at dette vil være en videre oppfordring til forskningen slik at standardiserte prosedyrer for oversettelser blir fulgt. Forskningsartikkelen ble inkludert da den er testet i norske forhold med norske pasienter. Godt validerte verktøy i sitt originalspråk anbefales validering til norsk språklig versjon. Det er å anta at enkelheten i verktøyene og dens elementer, og at de ikke er tidkrevende å anvende, har vært med på å avgjøre valg av verktøy for forskning i Norge. Allikevel er det med alle de identifiserte verktøyene i oppgaven grunn til å tro at flere kan oversettes til norsk, og gjøres forskning på i norske forhold med bakgrunn i verktøyenes egenskaper. Samtidig bør det overveies hvor mange ulike verktøy det er behov for å ta i bruk, med de samme elementene i seg. I hjemmesykepleien vil det være verdifullt å ha et verktøy som ikke er tidkrevende, men som kan gi gode indikasjoner ved for eksempel plutselig oppstått smerte.

Med resultatene som har kommet frem i oppgaven, er det å anta at flere smertekartleggingsverktøy vil være aktuelt for kommunehelsetjenesten å kunne ta i bruk, deriblant i hjemmesykepleien. Mye av forskningen som er utført i Norge er gjort primært på sykehjem, og det er stort potensiale i å systematisere kartlegging av smerter hos hjemmesykepleiepasienter. (viser til kapittel 1.3.2) (Kongsgaard et al., 2008).

Flere av verktøyene som er tilgjengelig på norsk er klare til å tas i bruk hos aktuell pasientgruppe.

Er etterspørselen i verktøyene der, blir de anvendt og er det slik at helsepersonell tar de i bruk til denne pasientgruppen? I innledningskapittelet til oppgaven kommer det frem at det er et stort behov for smertekartlegging hos eldre pasienter med demens. På en annen side er det viktig at forskjellige typer virksomheter med tilhørende ledere legger til rette for og ønsker at kartleggingen prioriteres i den aktuelle virksomhetens rutiner.

Foruten de tre smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelig på norsk finnes det flere aktuelle smertekartleggingsverktøy basert på observasjon tilpasset pasienter med demens. Med oppgavens begrensning vil det ikke la seg gjøre å vurdere de alle opp mot bruk i hjemmesykepleie. Allikevel tillater jeg å nevne et eksempel for et smertekartleggingsverktøy som kan vurderes å oversettes til norsk.

Alle de identifiserte verktøyene som er tilgjengelig på norsk fokuserer på å kartlegge smerte, men gjennomføringen av kartleggingen er tidkrevende og ressurskrevende. For

eksempel er det anslått at de forskjellige smertekartleggingsverktøyene utgjør en forskjell i hvor lang tid det tar å bruke verktøyet. Noen av pasientene kan få akutte smerter og andre kan ha kroniske smerter. For eksempel har smertekartleggingsverktøyet PACSLAC 4 dimensjoner og 40 elementer i seg og Algoplus har 5 elementer med en screening fra 0-5. Algoplus er et smertekartleggingsverktøy for akutt smerte, og innehar gode psykometriske egenskaper (Bonin - Guillaume et al., 2016). Verktøyet er tilpasset pasienter med demens eller depresjon. I Bonin (2016) med forfattere sin forskningsartikkel hadde pasientene akutt smerte eller plutselig oppstått smerte med bakgrunn av kronisk stabilisert smerte. Studiet konkluderte med gode psykometriske egenskaper samt at verktøyet var sensitivt for endring etter oppstart av analgetika medikamenter.

I hjemmesykepleien står helsepersonell ofte ute hos pasienter som trenger raske smertevurderinger for å raskt kunne kommunisere ut til fastlege, legevakt eller ambulans/AMK. Det å ha et smertekartleggingsverktøy for å kunne kartlegge akutt smerte eller plutselig oppstått smerte kan man anta at er et verdifullt verktøy å kunne benytte seg av. Noen ganger kan det også være at i dette akutte smertebildet så er hjemmesykepleien hos pasienten for første gang. Algoplus er gjennom de studiene jeg har inkludert knyttet opp til vurderinger og kartlegginger inne på sykehus. Dette viser at det trengs mer testing, spesielt i flere kontekster/ kliniske settinger.

En pasient som har langvarige smerter vil ha behov for å bli kartlagt over tid, det er ikke å regnes som en akutt smerte og da vil det være viktig å ta i bruk et annet type verktøy enn til eksempel Algoplus som i første omgang er å regne som et verktøy som kartlegger en plutselig oppstått smerte. Hjemmesykepleien har pasienter med langvarige smerter som de kan ha hatt over flere år sammen med at de har diagnosen demens, og den systematiske smertekartleggingen hos denne pasientgruppen vil være svært viktig og verdifull, og det er å anta at smertekartleggingen bør gå mer i dybden og eventuelt være gjentakende. Her vil et smertekartleggingsverktøy med flere dimensjoner og elementer være å foretrekke, som en del av prosessen (for eksempel PACSLAC, se tabell 7). En oppfordring her er at flere verktøy oversettes til norsk og at aktuelle verktøy for hjemmesykepleien i Norge testes i en bredere skala.

Avanserte kliniske sykepleiere vil kunne bidra med sin økte kliniske kompetanse, gjøre nøyaktige smerte anamneser, grundige vurderinger av helsebehov og bidra i

legemiddelgjennomganger (ref. kapittel 1.5). Etter en grundig gjennomgang kan en AKS være bindeleddet ut mot behandlende lege, sykehus, sykehjem og legevakt. En AKS vil kunne ha opplæring og undervisning på utvalgt(e) smertekartleggingsverktøy, smerte og demens generelt hos hele faggruppen på virksomheten, og ellers i kommunen.

Med tanke på identifiserte smertekartleggingsverktøy generelt i oppgaven, og land de enten er utviklet i eller gjort forskning på, så er det svært få av disse landene som er direkte sammenlignbare med Norge. Land som Italia, Spania og Frankrike, som er europeiske land, har flere forskjeller til Norge når det kommer til både omfang av mennesker, størrelse og kultur. Land som Canada og Australia er heller ikke til sammenligning når det kommer til Norge. Allikevel kan man anta at det er noen likheter på tross av landegrensener, omfang og verdensdeler. Disse likhetene kan være kommunikasjonsutfordringer helsepersonell møter en pasient med demens, og hvordan pasientgruppa og dens demens behandles og møtes. Kompetanse på faget demens, smerter og smertekartlegging kan også innebære likheter hos helsepersonell.

For å kunne ta i bruk flere verktøy tilgjengelige på norsk kreves mer forskning, i tillegg til videre forskning på de tre verktøyene som allerede finnes tilgjengelig i Norge, for å sikre at kvalitetene i verktøyene fortsatt kan anses å inneholde validitet og reliabilitet samt klinisk nytte.

Forskningsspørsmål tre etterspør hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene, som er tilgjengelig på norsk, som er testet psykometrisk. Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI er tilgjengelige verktøy på norsk og er alle har gått gjennom psykometrisk testing. Mobid-2 er det verktøyet av de tre som det har vært forsket mest på her i Norge. Artikkelforfatterne av samtlige inkluderte studier identifisert gjennom det andre søket ved Mobid 2 (B. S. Husebø, 2008), CNPI (Nygaard & Jarland, 2006) og Doloplus-2 (Hølen et al., 2005) (Hølen et al., 2007), anbefalte videre testing av verktøyene.

Lichtner (2014) med kolleger sitt studie anbefaler også mer/videre psykometrisk testing av hvert enkelt smertekartleggingsverktøy.

Forskningsartikler gjennom denne oppgavens første søk etter smertekartleggingsverktøy, anbefalte å gå igjennom elementene i verktøyene på nytt i forhold til om de fortsatt

scorte bra i den psykometriske testingen, Husebø (2014) med forfattere er et eksempel på dette. (B. S. Husebø et al., 2014).

Det finnes mange verktøy som kan tas i bruk, og det kan være at uansett hvilke verktøy som blir valgt ut, så vil verktøyet være med på å systematisere en smertekartlegging i en virksomhet hvor helsepersonell tar det i bruk. Validiteten og reliabiliteten i hvert enkelt verktøy er viktig, slik at kvaliteten i verktøyene og arbeidet vi som helsepersonell gjør baserer seg på kvalitet. For de tre verktøyene som er tilgjengelig på norsk bør den generelle kvaliteten av verktøyene fortsatt sikre validitet og reliabilitet gjennom videre forskning.

Forskningsspørsmål fire etterspør hvilke av de identifiserte smertekartleggingsverktøyene som er tilgjengelige på norsk, kan anbefales til bruk i hjemmesykepleien. I de kvantitative forskningsartiklene/doktorgradsavhandlingen som er inkludert i det andre søket i denne studien, er verktøyenes psykometriske testing hovedsakelig testet i sykehjem. Ingen av smertekartleggingsverktøyene er gjennom inkluderte forskningsartikler i oppgaven testet hos hjemmeboende eller i hjemmesykepleien.

Det samme gjelder for det første søket i oppgaven, samt Lichtner (2014) sin artikkel.

I de kvantitative artiklene til oppgaven befinner testingen seg i sykehjem og sykehus hovedsakelig. I litteraturstudiene i denne oppgaven bygger imidlertid noen av de på enkeltstudier/primærstudier hvor ulike smertekartleggingsverktøy er testet ut i situasjoner som ligner på hjemmesykepleie, dette kan være geriatiske enheter eller demensomsorg i forskjellige type hjem. Demensomsorg i forskjellige type hjem kan allikevel antas å være sammenlignbart med hjemmesykepleie. Men dette vites ikke sikkert, og det er å anta at kontinuiteten, organisering og tidspress er noe annerledes enn til sammenligning på et sykehjem enn i hjemmesykepleien.

Innledningsvis i oppgaven påpekes flere ulike utfordringer som gjør at smertekartleggingen i hjemmesykepleien kan bli nedprioritert (kapittel 1). Deriblant grunnet tidsaspekt, kontinuitet, manglende kompetanse, ledelse, mange ansatte m.m. (Heggelund, 2015). Forskningen viser at det enkelte steder ikke foregår systematisk kartlegging av smerter i det hele tatt (Lillekroken & Slettebø, 2013). Verktøyene i seg selv er utviklet for den samme pasientgruppen, slik at det kan være en tanke at verktøyet kan



fungere hos pasienter med demens i hjemmesykepleien, men som nevnt for å kunne si noe sikkert om dette kreves mer forskning.

Verktøyene som er kartlagt i denne oppgaven baserer seg på observasjon. Dette fordi smertekartlegging basert på selvrapportering er utfordrende hos pasienter med demens (ref. til kapittel 1.3.2) Husebøs (2008) doktorgrad studie påpeker imidlertid at hos pasientgruppen med demens kan det være utfordrende å skille mellom atferd relatert til demens og atferd relatert til smerter. Det er for eksempel ikke et typisk ansiktsuttrykk for kun smerter. Evaluering og behandling av smerte ved kognitiv svikt er avhengig av stabilt, kompetent og motivert personale med tverrfaglig bakgrunn. Mobid-2 er et passende samt valid smertekartleggingsverktøy tilpasset hverdagen i norsk eldreomsorg. Her ligger det en tanke om at det å smertevurdere ut ifra observasjon hos pasienter med demens er en stor utfordring. Det å kjenne pasienten (i mange tilfeller), ha en opplæring i kartleggingsverktøyet, ha kunnskaper om demens og smerter antas å være verdifullt i denne prosessen.

I prosessen med å finne smertekartleggingsverktøy, ble verktøyet ePAT identifisert.

ePAT, er et elektronisk smertekartleggingsverktøy målt opp mot blant annet Abbey Pain scale (Atee, Hoti, & Hughes, 2017). Her foregår det en automatisk smertevurdering. Dette er et passende verktøy for vurdering av smerte hos gruppen av moderat til alvorlig demens. En hybrid modell blir brukt i smertevurderingen og det foregår en automatisk ansiktsgjenkjenning og analyse (Atee et al., 2018). Denne er bygd opp som en software applikasjon og er kompatibel med Android og IOS smart enheter. Sammen med den automatiske smertevurderingen er kombinasjonen med andre kliniske indikatorer for å måle smertens intensitet viktig. Verktøyet scorer bra på psykometrisk testing.

Dette verktøyet kan veie svært positivt opp mot sårbarheten av at helsepersonell selv observerer smerten. Helsepersonells vurderinger av smerte kan kartlegges forskjellig av forskjellige grunner. Dette verktøyet kan være med på å redusere «learning bias» i den viktige smertekartleggingen. I hjemmesykepleien jobber det svært mange individer, og kontinuitet i arbeidet generelt, og i smertekartleggingen spesielt, er viktig. I tråd med samfunnet ellers vil et elektronisk smertekartleggingsverktøy være å betrakte som effektivt og lett tilgjengelig. Hjemmesykepleien benytter seg av smarttelefoner samt Ipads hvor dette verktøyet kan legges inn med en applikasjon. Samtidig er det et viktig

element at elektroniske verktøy som ikke har vært en del av de eldres hverdag kan bli møtt med en skepsis. Det å tilpasse seg noe nytt for en pasient med demens kan by på utfordringer, her kan det antas at også graden av demens vil ha noe å si (ref. til kapittel 1.3 og 1.4.1).

Pasientgruppen eldre pasienter med demens er en sårbar gruppe for smerter og smertekartlegging. De utviklede smertekartleggingsverktøyene er en viktig del av prosessen for å kunne lindre disse pasientene bedre. Denne pasientgruppen møter helsepersonell i forskjellige settinger, og hjemmesykepleien er en av dem. Tilnærmingen til pasienter med demens vil ta tid og by på utfordringer. Personsentrert omsorg vil i denne prosessen være et svært viktig element, og det antas å være viktig for å kunne gjøre en god og systematisk smertekartlegging. Mange ganger kan roten til kommunikasjonsproblemene være at de ansatte ikke har oppdaget at personen med demens ikke har briller med riktig styrke, eller har et høreapparat som ikke fungerer. Dette kan føre til at det å oppdage smerter hos denne pasienten kan bli utfordrende. Er hjemmesykepleien organisert slik at man får den tiden det er nødvendig å ha hos pasienten som har demens? Hvor alvorlig de forskjellige virksomhetene tar denne pasientgruppen og deres perspektiv kommer til uttrykk i hvordan utfordrende atferd håndteres, hvor ofte denne atferden forekommer, den daglige kommunikasjonen, hvor empatiske helsepersonellet er, hvor oppmerksomme helsepersonell er på fysiske forhold og organisatoriske forhold (Brooker, 2013).

Innledningsvis i oppgaven nevnes det at i årene som kommer vil det bli et økende antall av pasienter med demens, både i Norge og på verdensbasis (henviser til kap. 1.3). Forskingen på demens vil være svært viktig, men vil også møte på etiske problemstillinger. Personer med diagnosen demens vil være en sårbar gruppe å forske på grunnet den kognitive svikten som følger med sykdommen (Hauvik, 2012). Med nedsatt kognitiv funksjon vil det være å sette denne gruppen av sårbare mennesker ytterligere tilbake hvis de ikke skulle kunne delta i forskning. Det å inkludere dem i forskningen vil kunne bidra positivt på den måten at stemmen deres blir hørt, samt at de kan bidra positivt inn i forskningen. Deres innsikt med ny kunnskap vil være positiv, men samtidig sårbar for dem med tanke på hvordan sykdommen påvirker deres liv (Hauvik, 2012). Helsinkideklarasjonen sier noe om at med forskning på mennesket, så skal hensynet til

forskningsdeltakerens velferd gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Unødig og ufrivillig ubehag og risiko kan ikke forsvares (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019). Det er også viktig å samtidig tenke at pasientgruppen trenger i tillegg beskyttelse mot forskning med uklare mål, problemstillinger og metoder.

Tidsaspektet i hjemmesykepleien, samt den enkelte helsearbeiders kompetanse og tilstedeværelse, hører sammen med det å kunne utføre smertekartlegging og personsentrert omsorg hos pasienten med demens. Dette er i tråd med Regjeringens og Stortingets føringer når det kommer til Demensplanen og det å inneha en kompetanse plan på sykepleiere. Denne kompetanseplanen kan til eksempel være masterutdannelsen i avansert klinisk sykepleie. Regjeringens og Stortingets føringer er sentrale og viktige med tanke på de eldre vi har i dag, og forskning som viser til at mengden av eldre samt eldre med demens stadig vil øke (refererer til kapittel 1.3). Med dette sagt er det ingen tvil om at det å øke kompetansen hos sykepleiere er et viktig delmål. Samtidig er det viktig å se helsepersonell sin faktiske hverdag slik at sprik mellom realitet og mål minskes.

## **5.1 Diskusjon av metode**

Med et scoping review er det gjennomgående mer fleksibilitet enn det er i en systematisk litteraturstudie (henviser til kapittel 3.1). Systematisk litteraturstudie kunne vært vurdert som bruk av metode, for å kunne få frem en mer transparent fremgangsmåte i arbeidet med oppgaven. Kvalitetsvurdering av alle inkluderte forskningsartikler ville med en systematisk litteraturstudie vært et krav.

Forskningsartikkelen til Lichtner (2014) med forfattere viser til at deres søk ble gjort i mars-2013. Mitt søk i oppgaven gjør søk mellom 2014-januar 2019. Her kan det potensielt ha glippet forskningsartikler/smertekartleggingsverktøy som jeg ikke har fanget opp. Allikevel er det lite sannsynlig at smertekartleggingsverktøy har gått tapt, da Closs (2016) med forfattere sin artikkel er en systematisk litteraturstudie som har dekket denne perioden og at verktøyene trolig ville ha blitt fanget opp der.

Denne oppgaven har ikke fulgt PRISMA guidelines, med en transparent fremgangsmåte, noe som innebærer at det er større rom for menneskelige feil. Et eksempel på dette er

at det ikke har vært to personer som har gått gjennom inkludering og ekskludering av artikler. Det kan dermed ha blitt ekskludert viktige forskningsartikler ved en feil.

Kritisk kvalitetsvurdering av samtlige inkluderte forskningsartikler kunne styrket innholdet i oppgaven. Til tross for at kritisk vurdering ikke er et krav til valgt metode for oppgaven, ble Lichtner (2014) med forfattere sin forskningsartikkel vurdert ved hjelp av CASP sjekkliste, da denne danner en stor del av grunnlaget for identifiserte smertekartleggingsverktøy.

Med scoping review som metode ønsket jeg å få en bredere oversikt over hvilke smertekartleggingsverktøy basert på observasjon som var tilgjengelig for pasienter med demens. Videre var det ønskelig å fylle gapet fra mellom 2014-2019, for å se hvilke smertekartleggingsverktøy som kunne finnes, som forskningsartikkelen til Lichtner (2014) ikke hadde identifisert. Med begrensninger i oppgavens omfang vurderte jeg at scoping review ville være med på å svare på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

## 6 Konklusjon

Det finnes mange smertekartleggingsverktøy til observasjon tilpasset pasienten med demens diagnose, og hvilke av de som bør tas i bruk baserer seg på forskningen.

Mange av verktøyene baserer seg på American Geriatrics Society guidelines, og innehar dermed mange av de samme elementene.

I Norge har vi 3 smertekartleggingsverktøy som er tilgjengelig på norsk, som baserer seg på observasjon og som er tilpasset pasienten med demens. Dette er Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI. Verktøyene innehar tilfredsstillende psykometriske egenskaper.

Inkluderte forskningsartikler til denne oppgaven har mange likhetstrekk når de konkluderer i sine studier. Det anbefales videre forskning i flere settinger. Det anbefales at det er større mengde i utvalget. Videre forskning på eksisterende smertekartleggingsverktøy anbefales fremfor å utvikle ytterligere nye.

I søkene jeg har gjort i forbindelse med oppgaven kommer det ikke frem i inkluderte forskningsartikler at det er gjort noen forskning i konteksten hjemmesykepleie. Mine anbefalinger er at det kreves mer forskning for å si noe om smertekartleggingsverktøyene er aktuelle for bruk i settingen hjemmesykepleie, uten at det betyr at forskningen i sykehus og sykehjem skal stoppe opp, eller er mindre viktig.

## Litteraturliste

- AGS panel. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society, supplement*(6), S205-S224.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Social Research Methodology, 8*, 19-32. ISSN 1364-5579. doi:10.1080/1364557032000119616
- Atee, M., Hoti, K., & Hughes, J. D. (2017). Psychometric Evaluation of the Electronic Pain Assessment Tool: An Innovative Instrument for Individuals with Moderate-to-Severe Dementia. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders, 44*(5-6), 256-267. doi:10.1159/000485377
- Atee, M., Hoti, K., Parsons, R., & Hughes, J. D. (2017). Pain Assessment in Dementia: Evaluation of a Point-of-Care Technological Solution. *Journal of Alzheimer's Disease, 60*(1), 137-150. doi:10.3233/JAD-170375
- Atee, M., Hoti, K., Parsons, R., & Hughes, J. D. (2018). A novel pain assessment tool incorporating automated facial analysis: interrater reliability in advanced dementia. *Clinical Interventions In Aging, 13*, 1245-1258. doi:10.2147/CIA.S168024
- Aveyard, H. (Ed.) (2014). *Doing a literature review- in health and social care* (3. utgave ed.). Great Britain: Open University Press.
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing, 10*(1), 59-72. doi:10.1111/opn.12057
- Bjøro, K., & Torvik, K. (2010). Smertekartlegging og behandling hos eldre mennesker med demens. In T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte* (1 utgave ed.). Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bonin - Guillaume, S., Jouve, E., Lauretta, R., Nalin, C., Truillet, R., Capriz, F., & Rat, P. (2016). Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients. *European Journal of Pain, 20*(7), 1185-1193. doi:10.1002/ejp.844
- Brooker, D. (Ed.) (2013). *Personsentrert demensomsorg- veien til bedre tjenester*. Sandefjord: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Carezzato, N. L., Valera, G. G., Vale, F. A. C., & Hortense, P. (2014). Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dementia & Neuropsychologia, 8*(2), 99-106. doi:10.1590/S1980-57642014DN82000003
- CASP. (2019). *Casps checklist*. Retrieved from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chow, S., Chow, R., Lam, M., Rowbottom, L., Hollenberg, D., Friesen, E., . . . Herrmann, N. (2016). Pain assessment tools for older adults with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Neurodegenerative Disease Management, 6*(6), 525-538. doi:10.2217/nmt-2016-0033
- Closs, S. J., Dowding, D., Allcock, N., Hulme, C., Keady, J., Sampson, E. L., . . . Lichtner, V. (2016). Towards improved decision support in the assessment and management of pain for people with dementia in hospital: a systematic meta-review and observational study. *Health services and delivery research,, 4*(30). doi:10.3310/hsdr04300

- Corbett, A., Achterberg, W., Husebo, B., Lobbezoo, F., de Vet, H., Kunz, M., . . . Lautenbacher, S. (2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, *14*(1), 229-229. doi:10.1186/s12883-014-0229-5
- Corbett, A., Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Aarsland, D., Erdal, A., & Flo, E. (2014). The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin*, *111*(1), 139-148. doi:10.1093/bmb/ldu023
- de Juan Pardo, M., Saracibar-Razquin, M., Crespo, I., & Fuster Linares, P. (2018). Pain assessment in individuals with dementia and communication problems in Spain. A systematic review. *Revista Clinica Espanola*, *218*(8), 435-444. doi:10.1016/j.rce.2018.05.002
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2019). *Helsinkideklarasjonen*. Retrieved from <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018a). Demens. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave ed.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. k. (2018b). Kognitive symptomer. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave ed.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018c). Medisinsk diagnostisk utredning. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave ed.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Fagerstrøm, L. (2019). Hva er avansert klinisk sykepleie? In L. Fagerstrøm (Ed.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave ed.). Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. In S. Kaasa & J. H. Loge (Eds.), *Palliasjon- nordisk lærebok* (2. utgave ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Befolkningen i Norge*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/befolkningen/#andelen-eldre-oeker>
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A., & Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurology*, *13*(12), 1216-1227. doi:10.1016/S1474-4422(14)70103-6
- Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på demens. *Tidsskriftet sykepleien*, *100*(14), 65-67. doi:10.4220/sykepleiens.2012.0150
- Heggelund, M. (2015). *Demens og hjemmesykepleie En litteratursammenstilling om etiske, faglige og organisatoriske utfordringer slik hjemmesykepleien opplever dem i møte med enslige hjemmeboende personer med demens*. (Mastergrad), Universitet i Oslo, Oslo.
- Helsebiblioteket. (2019a). *Kunnskapsbasert praksis*. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2019b). Tverrsnittstudie. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
- Helsedirektoratet. (2010). *Utvikling gjennom kunnskap* Retrieved from [helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf)

- Helsedirektoratet. (2019). *Demens, Nasjonal faglig retningslinje*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Herr, K., Zwakhalen, S., & Swafford, K. (2017). Observation of Pain in Dementia. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 486-500. doi:10.2174/1567205013666160602234526
- Hoti, K., Atee, M., & Hughes, J. D. (2018). Clinimetric properties of the electronic Pain Assessment Tool (ePAT) for aged-care residents with moderate to severe dementia. *Journal of Pain Research*, 11, 1037-1044. doi:10.2147/JPR.S158793
- Husebø, B. (2015). Smerte. In T. B. Wyller (Ed.), *Geriatriske medisinske lærebok* (2. utgave ed.). Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Husebø, B. S. (2008). *Assessment of pain in patients with dementia : development of a staff-administered behavioural pain assessment tool*. University of Bergen, Bergen.
- Husebø, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal Of Pain*, 18, 1419-1430. doi:10.1002/ejp.507
- Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., . . . Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine*, 19(5), 411-417. doi:10.1191/0269216305pm1031oa
- Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Hjermstad, M. J., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2007). Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BioMed Central*, doi:10.1186/1472-2318-7-29
- IASP International association for the study of pain. (2019a). *IASP Terminology*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- IASP International association for the study of pain. (2019b). *Pain in older persons*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PaininOlderPersons>
- Jensen, T. S., Arendt-Nielsen, L., & Dahl, J., B. (2013). Smerter- en introduction. In T. S. Jensen, J. Dahl, B., & L. Arendt-Nielsen (Eds.), *Smerter- baggrund-evidens-behandling* (3. utgave ed.). Latvia: FADL's Forlag.
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling- generelle prinsipper. In S. Kaasa & J. H. Loge (Eds.), *Palliasjon- en nordisk lærebok* (2. utgave ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaye, A., Baluch, A., & Scott, J. (2010). Pain Management in the Elderly Population: A Review. *The Ochsner Journal*, 10(3), 179-187.
- Knudsen, A. K., & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. In S. Kaasa & J. H. Loge (Eds.), *Palliasjon- en nordisk lærebok* (2. utgave ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B., & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(5).
- Legeforening, D. N. (2009). *RETNINGSLINJER FOR SMERTELINDRING*. Retrieved from <https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A., & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14(1), 138-138. doi:10.1186/1471-2318-14-138



- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens : utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3).  
doi:<https://doi.org/10.1177%2F010740831303300307>
- Manfredi, P. L., Breuer, B., Meier, D. E., & Libow, L. (2003). Pain Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(1), 48-52. doi:10.1016/S0885-3924(02)00530-4
- McAuliffe, L., Nay, R., O'donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2-10. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x
- McCaffery, M., & Beebee, A. (1996). *Smerter- lærebok for helsepersonell* (1. utgave ed.). Norge: Ad Notam Gyldendal AS.
- Mikkelsen, R. (2016). Et liv med kroniske smerter. *Et liv med kroniske smerter*.  
file:///C:/Users/Eier/Documents/psykologisk.no-Etlivmedkroniskesmarterter.pdf
- Monacelli, F., Signori, A., Roffredo, L., Pace, K., Nencioni, A., Pickering, G., . . . Odetti, P. (2017). Algoplus® Scale in Older Patients with Dementia: A Reliable Real-World Pain Assessment Tool. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(2), 519-527.  
doi:10.3233/JAD-160790
- Nygaard, H., & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age And Ageing*, 35(1), 79-81. doi:10.1093/ageing/afj008
- Peterson, F. J., Pearce, A. P., Ferguson, A. L., & Langford, A. C. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16. doi:10.1002/2327-6924.12380
- PRISMA- transparent reporting of systematic reviews and meta analyses. (2019). *Protocol guidance*. Retrieved from <http://www.prisma-statement.org/Protocols/ProtocolGuidance>
- Regjeringen. (2008-2009). *St.meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Regjeringen. (2009). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/forskrift-om-kvalitet-i-pleie--og-omsorg/id434973/>
- Regjeringen. (2012). *Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*,. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Regjeringen. (2013). *Omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Regjeringen. (2014-2015). *fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)*  
*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

- Regjeringen. (2015). *Demensplan 2020*  
*Et mer demensvennlig samfunn*. Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Rokstad, A. M. M. (Ed.) (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruest, M., Bourque, M., Laroche, S., Harvey, M.-P., Martel, M., Bergeron-Vézina, K., . . . Léonard, G. (2017). Can We Quickly and Thoroughly Assess Pain with the PACSLAC-II? A Convergent Validity Study in Long-Term Care Residents Suffering from Dementia. *Pain Management Nursing*, 18(6), 410-417.  
doi:10.1016/j.pmn.2017.05.009
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Pain measurement in persons with dementia. [Måler smerte hos personer med demens]. *Sykepleien*, 99(11), 62-64.
- Scherder, E., Herr, K., Pickering, G., Gibson, S., Benedetti, F., & Lautenbacher, S. (2009). Pain in dementia. *Pain (03043959)*, 145(3), 276-278.  
doi:10.1016/j.pain.2009.04.007
- Scherder, E., Oosterman, J., Swaab, D., Herr, K., Ooms, M., Ribbe, M., . . . Benedetti, F. (2005). Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journal*, 330, 461. doi:10.1136/bmj.330.7489.461
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave ed.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Spigseth, O. (2013). Eldre og legemidler. In H. M. E. Nordeng & O. Spigseth (Eds.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utgave ed.). Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Store norske leksikon. (2019a). Reliabilitet. Retrieved from <https://snl.no/reliabilitet>
- Store norske leksikon. (2019b). Validitet. Retrieved from <https://snl.no/validitet>
- Stortinget. (1994-1995). *Organisering av primærhelsetjenesten*. (Innst .S. nr 165). Retrieved from <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillingar/Stortinget/1994-1995/inns-199495-165/6/>
- Strand, L.-I., Gundrosen, K.-F., Lein, R. K., Laekeman, M., Lobbezoo, F., Defrin, R., & Husebo, B. S. (2018). Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review. *European Journal Of Pain*, 23(4), 669-685. doi:10.1002/ejp.1344
- Sørbye, L. W. (2009). Daglige smerter hos eldre i hjemmetjenesten- en nordisk multisenterstudie. *Geriatrisk Sykepleie*, 1(2), 8-12.
- Tangen, G. G. (2018). Motoriske symptomer. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave ed.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2010). Smerte hos eldre. In T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte* (1 utgave ed.). Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- van der Steen, J. T., Sampson, E. L., Van den Block, L., Lord, K., Vankova, H., Pautex, S., . . . Van Den Noortgate, N. J. A. (2015). Tools to Assess Pain or Lack of Comfort in Dementia: A Content Analysis. *Journal of Pain & Symptom Management*, 50(5), 659-675.e653. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.05.015
- Werner, M. U., & Arendt-Nielsen, L. (2013). Vurdering av smerte. In T. Jensen Stahelin, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Eds.), *Smerter- bakgrund- evidens- behandling* (3. utgave ed.). Latvia: FADL's Forlag.

World Health Organization. (2019). *DEMENTIA A PUBLIC HEALTH PRIORITY*. Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_executivesummary.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf)