



# Fordypningsoppgave

**VAK706 Avansert klinisk sykepleie**

**Smerter og demens/Pain and dementia**

Nina Helen Nygård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, 16.05.18



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.05.18

Antall ord: 9905

## Forord

*«Just because we can't express ourselves very well does not mean we have nothing to say. As our thoughts and words are tangled and confused, you will need good listening skills, being attentive to non-verbal cues. Take what we say in context, as the words and their order will be wrong.*

*Try to find the meaning behind the words as we will make mistakes in tenses, words and grammar. Be sure we would like you to help fill in the gaps in our struggle to find words and sentences before you do so.*

*Don't correct us, just try to understand the meaning of what we intend to say.*

*Don't interrupt our thread of thought, but let us interrupt you when an idea comes into our head, because if we wait, it will disappear. Give us time to speak, wait for us to find the word we want to use, and don't let us feel embarrassed if we lose the thread of what we say».*

(Bryden, 2005, s.108)

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

I følge Nasjonal faglig retningslinje om demens vil en økning i antall eldre føre til at flere får demens. 80% av langtidsbeboere på sykehjem har en demensdiagnose (Helsedirektoratet 2017). En omfattende norsk studie med pasienter med demens på sykehjem viste at 70 % av pasientene hadde smerter. Husebø (2015) skriver at mangelfull behandling og manglende diagnostisering av smerter hos personer med demens på sykehjem, ikke er uvanlig.

### **Hensikt:**

Hensikten var å belyse sykepleiers erfaringer med smerter hos personer med demens på sykehjem, og undersøke hvordan denne kunnskapen kan implementeres til praksis.

### **Metode:**

Systematisk litteraturstudie som er basert på 11 kvalitative forskningsartikler.

### **Resultat:**

Sykepleierne hadde store utfordringer med å kartlegge smerter hos personer med demens, dette ble sett på som en vanskelig og kompleks prosess. Det var lite bruk av kartleggingsverktøy. Prosessen førte til frustrasjon og usikkerhet hos sykepleierne.

Sykepleierne pekte på en utfordrende relasjon med legen. Majoriteten av sykepleierne følte de ikke nådde frem med sine vurderinger av smerter hos pasienter med demens.

Sykepleierne ønsket en kompetanseheving innen smerter og demens. Pårørende ble sett på som en ressurs i forhold til vurdering av smerter. Noen av sykepleierne uttrykte også utfordringer i relasjonen med pårørende ved at familiens ønsker ikke samsvarte med pasientens behov.

### **Konklusjon:**

Å øke kompetanse og bruke strukturerte kartleggingsverktøy for smerter kan bedre vurderingsevnen til sykepleierne. Kommunikasjonsverktøy kan øke kvaliteten på det tverrfaglig samarbeidet.

**Nøkkelord:** Demens, Smerter, Sykepleier, Erfaringer, Sykehjem

## **Abstract**

### **Background:**

National guidelines about dementia states that an increase in the elderly will amount in an increase in dementia. 80 % of nursing home residents have dementia (Helsedirektoratet 2017). A comprehensive Norwegian study with dementia patients in nursing homes, showed that pain was present with 70 %. Husebø (2015) states that lack in treatment and diagnosing of pain in these patients is not uncommon.

### **Aim:**

The purpose of the study was to explore nurses experience with pain in people with dementia in a nursing home and investigate how this knowledge can be used in the work field.

### **Method:**

A systematic literature study which is based on 11 qualitative research studies.

### **Result:**

The nurses had major issues with assessing pain in people with dementia, this process was difficult and complex. Assessmenttools were rarely used. The process was frustrating and made the nurses feel insecure. The relationship between nurses and doctors were viewed to be challenging. The majority of the nurses felt the doctors did not listen to them about pain in patients with dementia. The nurses expressed a need to get more education within pain and dementia. The family was viewed to be an asset in pain assessment. Some of the nurses expressed å ethical dilemma when the families wishes did not match the patients' needs.

**Conclusion:**

A focus on increasing the competence and using assessing tools will help nurses in accessing pain in patients with dementia. Communication tools can help to improve the interdisciplinary collaboration.

**Keywords:** Dementia, pain, nurse, experience, nursing home

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling.....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Demens.....	3
2.1.1	Symptomer ved demens.....	4
2.2	Smerter.....	4
2.3	Smerter og demens.....	5
2.4	Sykepleiers rolle.....	5
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b> .....	<b>7</b>
3.1	Datainnsamling.....	8
3.2	PIO skjema.....	8
3.3	Inklusjonskriterier.....	9
3.4	Databasesøk.....	9
3.5	Kvalitetsvurdering.....	11
3.6	Etiske hensyn.....	12
3.7	Analyse.....	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1	Oversikt over tema etter analysen.....	14
4.2	Kartlegging av smerter hos personer med demens.....	14
4.2.1	Bruk av kartleggingsverktøy.....	15
4.2.2	Prøve og feile- metoden.....	16
4.3	Sykepleier-lege relasjonen.....	16
4.3.1	Godt samarbeid.....	17
4.3.2	Utfordrende samarbeid.....	17
4.4	Faglig kunnskap.....	18
4.5	Pårørende.....	19
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
5.1	Metodediskusjon.....	20
5.1.1	Inklusjonskriterier.....	20
5.1.2	Datainnsamling.....	20
5.1.3	Kvalitetsvurdering.....	21
5.1.4	Etiske hensyn.....	21



5.1.5	Analyse.....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Sykepleiers erfaring med vurdering av smerter hos personer med demens	23
5.2.2	Tverrfaglig samhandling.....	27
5.2.3	Behovet for kompetanseutvikling.....	29
5.2.4	Relasjonen mellom sykepleier og pårørende.....	30
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>32</b>

Vedlegg 1: Pio skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

## 1.0 Innledning

I følge Nasjonal faglig retningslinje om demens vil en økning av antall eldre føre til at flere får demenssykdom. Det er ingen konkrete tall på antall personer med demens i Norge, men på bakgrunn av undersøkelser gjennomført i Europa ligger tallet på omlag 80 000 fra 2013. I Norge er det gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem. I overkant av 80 % av beboere på langtidsavdeling i sykehjem har demenssykdom (Helsedirektoratet 2017).

Dette stemmer godt overens med min erfaring i kommunehelsetjenesten. Svært mange har en demensdiagnose eller en kognitiv svikt på min arbeidsplass. Personer med demens er en sårbar gruppe, da de er avhengig av vår hjelp og forståelse til å få dekket sitt helhetlige behov. Det kan være utfordrende å tolke uttrykket til denne pasientgruppen. De fleste av personene med demens har også andre somatiske plager eller sykdommer som kan gi ubehag og smerter.

En omfattende studie gjennomført på 60 norske sykehjem, med et utvalg på 352 pasienter, viste at 70 % av personene med demens hadde smerter. Smerter i demensomsorgen er nært knyttet opp mot atferdsendringer og forringing av livskvalitet. Studien brukte en steg-for-steg metode, med individuell smertelindring rettet mot personens smerteproblematikk. For å vurdere personens smerter brukte de MOBID- 2 pain scale både før, under og etter studien. Denne hadde en varighet på 8 uker. Resultatet av studien viste at det var en nedgang på 45 % på smerteskalaen etter behandling, og en signifikant reduksjon av atferdsproblemer. I tillegg var det en betydelig fysisk bedring for pasientene. Funnene viser at kartlegging og hurtig igangsetting av smertelindring hos pasienter med demens, kan lindre og bedre hverdagen deres (Sandvik et al. 2014).

En mangelfull behandling og underdiagnostisering av smerte hos personer med demens, er ikke uvanlig ved eldre og sykehjemspasienter. Personer med moderat til alvorlig demens er ofte ikke i stand til å gi beskjed om hva som er galt. Manglende behandling har mange konsekvenser for pasient, pårørende og personale. Dette kan gi seg utslag i atferdsproblemer, søvnforstyrrelser, skader, reduksjon av livskvalitet og sosiale aktiviteter (Husebø 2015).

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiers erfaringer med smerter hos personer med demens, og undersøke hvordan denne kunnskapen kan implementeres til praksis.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvilke erfaringer har sykepleiere med smerter hos personer med demens i sykehjem?*

## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori innenfor feltet demens, smerter ved demens og avansert klinisk sykepleier sin rolle i sykepleie til personer med demens.

### 2.1 Demens

Demenssykdom er den hyppigste årsaken til at eldre flytter på sykehjem og den fjerde hyppigste dødsårsaken til eldre over 65 år. Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke følge tilstander som kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og svikt i funksjonsevne knytt til dagliglivets funksjoner. Det kliniske bildet i startfasen av sykdommen varierer. Stress og somatisk sykdom påvirker sykdomsbildet. Lenger ut i forløpet vil de forskjellige demenssykdommene presentere seg mer likt. Alle som rammes av demens har hukommelsesproblemer og vil etter hvert få vansker med å mestre sin egenomsorg (Engedal 2008).

Demenssykdommen deles vanligvis inn i tre faser. I startfasen, eller kompenseringsfasen, ser en de første tegnene på sviktende hukommelse og tidsorientering. Hos noen, spesielt hos personer med Alzheimers sykdom, kan man observere ordletningsproblemer og manglende taleflyt. Manglende orientering i tid og rom kan gi vansker med å utføre praktiske gjøremål. Personligheten er vanligvis ikke endret, men kan være sterkt aksentuert. Engstelige pasienter med depressive trekk kan reagerer med angst og depresjon. Sykdommens neste fase er dekompeniseringsfasen. I denne fasen kan pasientene miste grepet på sin tilværelse, bli forvirret og bringes ut av fatning. Psykotiske symptomer som vrangforestillinger, synshallusinasjoner og uforståelig atferd sees hyppig. Hukommelsesevnen forverres. Hos noen forverres språkevnen og evnen til å orientere seg i tid og rom. I denne fasen kommer de fleste i kontakt med helsevesenet. Den siste fasen er pleiefasen som er preget av motorisk svikt, inkontinens, manglende motorisk styring, balansesvikt og gangproblemer. De fleste personene med demens er avhengig av fysisk pleie i denne fasen (Engedal 2008).

### **2.1.1 Symptomer ved demens**

Svikt i orienteringsevnen, evnen til å forstå og føle tiden som en dimensjon, sees tidlig. Evnen til å orientere seg geografisk taper seg når sykdommen progredierer. Pasienten kan få vansker med å skille mellom viktig og uviktig stimuli på grunn av sviktende oppmerksomhet. Språkproblemer kan være av motorisk og sensorisk art. Ved motorisk afasi foreligger det svikt i ord produksjonen, det ses ved en usikker og sen tale. Pasienten vet hva som skal sies, men har problemer med utføringen. Anomisk afasi betyr at pasienten har vansker med å komme på navn på personer og gjenstander. Talen er flytende, men bruken av omskrivninger er uttalt. Ved sensorisk afasi er evnen til å forstå ord og setninger sterkt redusert. Innholdet gir liten mening. Motorisk afasi kommer ofte tidlig i forløpet av Alzheimer sykdom, mens den sensoriske svikten kommer senere (Engedal 2008).

## **2.2 Smerter**

Eldre har ofte et sammensatt smertebilde. Kroniske smerter er vanlig hos eldre som kan skyldes revmatiske sykdommer, artrose, osteoporose, sekveler etter brudd og degenerative forandringer i columna. Andre årsaker er smerter i munnhulen, fordøyelseskanalen og bekkenorganet. Smertebildet hos eldre kan være vanskelig å utrede og behandle. Nociseptiv smerte er smerte som skyldes vevsskade. Den kan være akutt som etter et brudd eller kronisk som ved artritt og artrose. Det er vanskeligere å behandle den kroniske formen. Nevropatisk smerter har ofte en annen karakter enn nociseptiv smerter. Nevropatisk smerte blir beskrevet som stikkende, prikkende eller brennende som ved eksempelvis polynevropati. Nevropatisk smerte behandles bedre med antiepileptisk eller antidepressivere enn opioider (Wyller 2015).

Sentral smerte kan forstås som en nevropatisk smerte med opphav i sentralnervesystemet. Eksempel er halvsidige smerter i den affiserte kroppsdelen etter hjerneslag. Denne typen smerte kan være vanskelig å behandle. Samme type behandling som ved nevropatisk smerte kan ha effekt. Psykogen smerte brukes om smertetilstander der mentale prosesser antas å stå sentralt i patogenesen. Denne type smerte er like reel og lidelsen kan være like stor som ved annen type smerte. Ved smertefulle tilstander som artrose eller kompresjonsbrudd kan mistanken være at psykologiske smertemekanismer kan ha betydning for symptombildet. Dette oppstår når pasienten har angst eller depresjon. Denne

typen smerter er vanskelig å behandle med vanlig analgetika. Bør forsøkes å behandles med medisin mot de psykiske symptomene (Wyller 2015).

### **2.3 Smerter og demens**

Vurdering av smerter hos personer med redusert evne til å kommunisere på grunn av demens, delirium eller afasi, kan være vanskelig. Slike pasienter kan få inadekvat smertelindring fordi helsepersonellet ikke klarer å tolke signaler om at personen har det vondt. Smerteatferd kan mistolkes som atferdsforstyrrelser som følge av demenssykdommen. Eksempel kan være om pasienten er aggressiv, motsetter seg stell eller skyver bort personalet. Det er utviklet instrumenter som skal hjelpe helsepersonell å vurdere smerter ved slike tilfeller. Det anbefales at alle som behandler pasienter med alvorlig kognitiv svikt, kombinert med mulig smerte, gjør seg kjent med kartleggingsverktøy og bruker det som hjelp til å identifisere og evaluere smerter hos pasientene. De 3 instrumentene som finnes i norsk versjon er: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Doloplus-2 og Mobilisation-observation-Behaviour-intensity-Dementia (MOBID-2) (Wyller 2015).

Nasjonal faglig retningslinje om demens beskriver at personer med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet skal vurderes for smerter. Å beskrive smerter blir mer utfordrende etterhvert som demenssykdommen progredierer. Smerter vurderes basert på pasientens rapportering og observasjoner av pasientens atferd. Det skal også legges vekt på observasjoner gjort av helse- og omsorgspersonell og pårørende. Strukturerte verktøy tilpasset personer med demens er anbefalt (Helsedirektoratet 2017).

### **2.4 Sykepleiers rolle**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skriver at sykepleier skal ivareta den enkelt pasients verdighet og integritet. Pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket skal ivaretas. Sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, samt ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre

lidelse. Pasienten skal beskyttes mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettigheter (Norsk Sykepleie Forbund 2016).

Rokstad (2014) refererer til Tom Kitwood som er en av grunnleggerne av personsentrert omsorg. Imøtekommelse av behovene for trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og beskjeftigelse blir sett på som god omsorgspraksis. Personer med demens har et betydelig behov for trøst. For å dekke behovet for trøst må pleiepersonell sørge for at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, at pasienten ikke plages av fysisk eller psykisk smerte, føler seg avslappet og blir møtt ved beroligende kontakt ved uro. Behovet for tilknytning innebærer en opplevelse av samhørighet, omsorg og tillit. Behovet for tilknytning kan møtes med validering, som innebærer å anerkjenne og støtte den virkeligheten personen med demens befinner seg i. Behovet for inklusjon kan dekkes ved at personalet legger til rette for sosiale relasjoner og bidra til at personen med demens føler seg velkommen og akseptert. Beskjeftigelse innebærer å delta i aktiviteter som gir personlig mening og tar hensyn til personens evner. En viktig oppgave i demensomsorgen er å hjelpe personen med demens med å ivareta sin identitet, på tross av sviktende mentale fungering. Personen med demens har et økende behov for hjelp av andre til å opprettholde forbindelsen til sin egen fortid relatert til hukommelsesproblemer (Rokstad 2014).

Nasjonalt faglig retningslinje om demens beskriver innlevelse og empati som vesentlig for å forstå opplevelsene personen med demens har. Atferds uttrykk som uro, agitasjon eller apati skal vurderes som uttrykk for behov som ikke er ivaretatt, forsøk på å kommunisere frustrasjon, ubehag, smerte eller som reaksjoner på uheldige stimuli fra omgivelsene. Pleiepersonell skal sørge for et sosialt støttende miljø med fokus på aksept og inklusjon. Ved å understøtte og bekrefte personverdet til personen med demens kan han eller hun oppleve egenverdi, velvære og trivsel. Diskriminerende og nedlatende holdninger blant personalet skal korrigeres. Personsentrert omsorg og behandling samt kunnskaper om demenssykdommer er grunnleggende for god helsehjelp (Helsedirektoratet 2017).

### 3.0 Metodebeskrivelse

En forutsetning for å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er at det fins et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Forskningsartiklene skal gi grunnlaget for diskusjon og konklusjon. I en litteraturstudie skal det være en tydelig formulert problemstilling, en strukturert beskrivelse av kriterier, metoder, søkeprosess og inklusjon av artikler. Studiene skal kvalitet vurderes og svake studier ekskluderes. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innenfor selvvalgt tema. Tidligere gjennomførte empiriske studier bygger grunnlaget for en syntese av data i litteraturstudien. Analysen skal brukes for å samle resultat fra flere ulike studier til felles syntenser. Alle kliniske konsekvenser for sykepleiefaget skal diskuteres (Forsberg og Wengstrøm 2008).

Metoden er redskapen vår i møte med noe vi vil undersøke. Metode er en fremgangsmåte, et middel til problemløsning og å finne frem til ny kunnskap. Begrunnelsen for å velge en metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. I den litterære oppgaven baserer du deg på eksisterende kunnskap med å gjøre rede for hva du finner av litteratur. En må gjøre rede for hvilken forskning som er relevant for den valgte problemstillingen. En beskrivelse av fremgangsmåten med utvelgelsen av data til oppgaven med å gjøre rede for hvilke kriterier som er brukt, avgrensninger og søkeord faller inn under en litterær studie (Dalland 2014).

Jeg har valgt å fokusere på kvalitative forskningsmetoder for å få svar på problemstillingen min.

Kvalitative forskningsmetoder karakteriseres av et utvalg med relativt få informanter, men med et rikt beskrivende datamateriale, metoden bruker intervju, observasjon og/eller lesing av dokumenter som metode. Hensikten med en kvalitativ forskningsmetode er å finne en mening og identifisere generelle mønstre i datamaterialet og å utvikle nye teorier, begreper og modeller som gir en forståelse av fenomenet som undersøkes (Nortvedt et al. 2016).

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for utarbeidelse av datainnsamling, PIO skjema, inklusjon og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.



### 3.1 Datainnsamling

Jeg startet med databasesøk i slutten av 2017. For å tilegne meg kunnskaper til tema begynte jeg søke i skolens database. Jeg søkte hjelp av bibliotekar. Etter veiledning tok jeg flere søk og fant frem aktuell litteratur. Med utgangspunkt i dette utformet jeg et PIO skjema som forenklet søkeprosessen (vedlegg 1). I tillegg til forskningsartikler vil pensumlitteratur, annen relevant litteratur om tema, Nasjonale retningslinjer, lovverk og egne erfaringer vil komme frem.

### 3.2 PICO skjema

For å kunne arbeide kunnskapsbasert må spørsmålsformuleringen være så presis og fokusert som mulig. Det blir i denne sammenheng anbefalt å bruke et PICO skjema som representerer en måte å dele opp spørsmålet på en hensiktsmessig, strukturert måte (Nortvedt et al. 2016).

**P** står for Patient. Hvilke pasienter eller pasientgruppe spørsmålet omfatter.

**I** står for Intervention. Hvilket tiltak eller intervensjon vi ønsker å vurdere. Tiltak her kan være eksempelvis råd, forebyggende tiltak og daglige tiltak vi gjennomfører i arbeid med pasientene. **C** står for Comparison. Skal tiltaket sammenlignes med et annet? Noen ganger er det ønskelig å sammenligne den praksisen vi fører i dag, med et annet tiltak.

**O** står for Outcome. Hvilke endepunkter vi er interessert i, hva er det vi ønsker å vurdere eller oppnå? (Nortvedt et al. 2016).

Min problemstilling er: *Hvilke erfaringer har sykepleier med smerter til personer med demens?* Ordet Dement\*, Dementia og Alzheimer\*, Alzheimer disease or ordet Nurs\* satt under P.

Under I ble ordene Nursing\*, Nursing homes, age care facilities og smerter, smertelindring satt. Har ikke noen ord under c problemstillingen fokuserer på erfaringer. Under O ble ordene experience, knowledge, view ført opp. Under søkeprosessene brukte jeg OR mellom ordene som var ført opp på samme bokstav på PIO skjemaet og ordet AND mellom de ulike bokstavene. Jeg brukte kun engelske søkeord bortsett fra i søkebasen Swemed+ hvor jeg søkte på demens og smerter. Har etter veiledning endret på pio skjemaet.

### 3.3 Inklusjonskriterier

De to første inklusjonskriteriene er beskrevet i retningslinjene for fordypningsoppgaven, men de andre kriteriene er knytt til problemstillingen. Å lage inklusjonskriterier var viktig for å komme seg videre i søkeprosessen.

#### Inklusjonskriterier

- Originale artikler
- Fagfelles vurderte artikler
- Kvalitativ forskning
- Etisk godkjenning eller gjennomføring av etiske vurderinger
- Autoriserte sykepleiere med erfaringer fra denne pasientgruppen
- Sykepleieperspektiv
- Personer med kognitiv svikt eller demenssykdom med smerteproblematikk
- Personer på sykehjem, har med 1 forskningsartikkel fra en sykehusavdeling for personer med kognitiv svikt
- Språk: Engelsk, Norsk, Svensk eller Dansk
- Forskning fra 2007-2018

#### Eksklusjonskriterier

- Artikler med pårørende eller pasientperspektiv
- Review- og fagartikler
- Artikler med fokus på annet helsepersonell
- Artikler som ikke var relevante for min problemstilling
- Studier av dårlig kvalitet

### 3.4 Databasesøk

**Ovid: Medline:** Den største databasen innen medisin, sykepleie, odontologi, preklisk vitenskap m.m. Den har referanser til ca. 5000 tidsskrifter internasjonalt fra 1946 og fremover (Nortvedt et al. 2012).

**ProQuest:** En database innen økonomi, helse, psykologi og samfunnsfag. Brukte British Nursing index med artikler fra 1994 til dags dato, og Health Research Premium Collection med artikler fra 1946 til dags dato (Brøyn 2012)

**Swemed+:** En skandinavisk database innen helse og medisin. Den har referanser til ca. 130 skandinaviske artikler fra 1977 og fremover (Nortvedt et al. 2012).

**Oria:** Høgskolens database med tilgang til alle bibliotekets ressurser (Brøyn 2012).

**ScienceDirect:** En database innen økonomi, psykologi, medisin, naturvitenskapelig og teknikk. 1800 tidsskrifter fra 1995 til dags dato (Brøyn 2012).

Søkeordene som ble brukt var: Dement\*, Dementia, Alzheimer\*, Alzheimer Disease, Nurs\*, Nursing\*, Nursing homes, Aged care facilities, Pain\*, Pain management, Experience, Knowledge og Views.

Avansert søk ble brukt på majoriteten av databasene for å kunne legge inn flere søkeord samtidig og dermed få bedre oversikt. Unntaket var swemed+. For å begrense treffene la jeg inn ulike kombinasjoner av ordene etter hvilken database jeg brukte. Fagfellesvurderte artikler krysset jeg av for under søkeprosessen. Begrensing på årstall og språk ble lagt inn for å få relevante treff. Har en artikkel fra 2007, resten er fra 2010 og nyere. På enkelte databaser med stort treffantall la jeg inn begrensing på tema. Etter søk i flere databaser satt jeg igjen med tjue artikler som etter analysen ble til elleve.

Trunkering er å søke på stammen av et ord. Vi skriver inn begynnelsen og legger inn et tegn for å få med alle varianter av ordet. Bruken av trunkering kan være et nyttig hjelpemiddel (Nortvedt et al. 2016).

Eksempler fra mitt litteratursøk er dement\* og pain\*.

Boolske operatører kan brukes som et hjelpemiddel for å kombinere søkeord. De vanligste kombinasjonsordene er AND og OR. OR utvider søket på den måten at søket inneholder enten de ene eller det andre søkeordet. AND avgrenser søket ved kun å gi treff der begge søkeordene er med (Nortvedt et al. 2016).

Eksempler fra mitt litteratursøk er Dementia OR Alzheimer og Dementia AND Pain.

Ovid: Medline var den første databasen jeg brukte på bakgrunn av at denne var anbefalt i undervisning. Her fikk jeg få treff. Søket i ProQuest ga flere treff og fire artikler er

inkludert fra dette søket. SweMed+ ga også få treff, jeg prøvde først alle kombinasjonene som resulterte i null resultat. Til slutt søkte jeg på demens og smerter og fikk atten treff, inkluderte tre norske artikler fra dette søket. På en av artiklene fra swemed+ fikk jeg kun opp tittel. Fant denne artikkelen i arkivet på høyskolen i Norsk tidsskrift for sykepleie. Deretter søkte jeg i skolens database oria. På grunn av svært mange treff var det krevende å se gjennom alle artiklene. Jeg begrenset årstallet fra 2013-2018 for å redusere treffene. Jeg har inkludert en artikkel fra søket i Oria. Gjennom søket i ScienceDirect inkluderte jeg to artikler. Har også inkludert en artikkel gjennom manuelt søk i google schooler. Denne artikkelen var det referert til i noen av forskningsartiklene og den dukket ikke opp gjennom databasesøkene (Vedlegg 2).

Jeg startet med å lese tittel og abstrakt, mange artikler ble ekskludert her. Artikler som passet min problemstilling ble skrevet ut og gjennomlest. Har elleve inkluderte artikler i litteraturstudien min.

### 3.5 Kvalitetsvurdering

De fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter IMRAD-prinsippet. **IMRAD** er en forkortelse for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat **A**nd **D**iskusjon (Nortvedt et al. 2016). Alle de inkluderte studiene er bygd opp etter dette prinsippet.

For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene brukte jeg Malteruds (2013) sjekklister for kvalitative artikler.

Sjekklister kan være et nyttig startsted til å lære seg å skille mellom gode og dårlige artikler. Samtidig må skjønn brukes ved slike vurderinger, noe som krever erfaring. Sjekklister kan gi en utfordring da vanskelige spørsmål sjelden kan bli besvart med et ja eller nei slik sjekklister fremstår. Selv om en artikkel har høy kvalitet er den neppe så fullkommen at en får kun ja på alle punkter på en sjekklister. En annen utfordring med sjekklister er at selv om metodikken er perfekt gjennomført vil det likevel ikke hjelpe dersom artikkelen ikke bidrar med ny kunnskap på en overbevisende måte. En sjekklister kan fungere som en huskelister over spørsmål som omhandler kriterier om relevans, validitet og refleksivitet. For at vi skal akseptere den vitenskapelige kvaliteten av en artikkel bør ikke et stort antall av spørsmålene besvares med nei, men det er heller ikke realistisk at det blir kun ja svar (Malterud 2013).

Malterud (2013) sin sjekkliste inneholder 33 spørsmål. Ved gjennomgang av mine artikler viste sjekklisten et svar på 27/33 og oppover. 27/33 tilsvarer 81, 81 %.

Publiseringskanalene ble undersøkt gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine sider. Nivå 1 og nivå 2 bekrefter at artiklene er publisert i godkjente tidsskrifter og er fagfellesvurdert. De fleste av artiklene var publisert gjennom tidsskrifter med grad 1, en hadde grad 2. Oppdaget at to av artiklene var publisert i tidsskrifter som var blitt nedlagt i 2010 og 2014. De artiklene ble likevel inkludert da det hadde inklusjonskriteriene og ble vurdert til å ha en god standard gjennom sjekklister. Begge de gjeldene artiklene er gjennomført i Norge noe som har stor overførbarhet og gir en god sammenligning til forskning gjennomført i andre land. En av forskningsartiklene ble ekskludert her da publiseringskanalen var underkjent.

### **3.6 Etske hensyn**

Forskningsetikk omhandler å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Det har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Enkeltpersonens integritet og velferd må ikke vike i søken etter ny kunnskap og innsikt i en forskningsprosess. En må ta en avveging på om belastningen undersøkelsen kan ha på de involverte kan oppveies av de godene vi mener å oppnå for andre i fremtiden. Det er av kunnskapsdepartementet opprettet en rekke forskningsetiske komiteer for å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser. Informert frivillig samtykke betyr at deltageren sier seg villig til å være med i en undersøkelse og forstår hva det innebærer å delta. Sentrale etske hensyn er informert samtykke er innhentet på en forsvarlig måte, anonymisering av deltagere, ingen avhengighetsforhold som kan påvirke intervjupersonenes samtykke, at prosjektets mål og metoder er innenfor fagets normer og begrensninger (Dalland 2014).

Etske hensyn har blitt vurdert i hele prosessen ved lesing av forskningsartikler. Jeg har sett etter anonymisering av utvalg, godkjenning fra arbeidsplass, informert samtykke fra deltagere og at de har mulighet til å trekke seg under prosessen. De fleste av artiklene unntatt en har fått godkjenning gjennom etsk komite. Jeg har gjort etske vurderinger med

å følge skolens retningslinjer og signert egenerklæring. Har vært nøyaktig med bruk av referanser og ikke endret på innholdet i pensum og forskningslitteratur.

### **3.7 Analyse**

Evans (2002) deler analysen i fire faser. Den første fasen er å samle inn datamateriale hvor det gjennomføres databasesøk for å finne aktuell forskning. Studier som passer til inklusjonskriteriene inkluderes. Den andre fasen er å identifisere nøkkelfunn hvor studiene leses gjennom gjentatte ganger for å få en forståelse for sammenhengen i hver enkelt studie. Under lesingen skal det legges merke til resultatet i hver studie og likheter mellom studiene. Denne oversikten reduserer studiene til nøkkelfunn. Den tredje fasen er å identifisere kategorier på tvers av studiene. Fellestrekk, likhet og kontraster mellom studiene skal sammenlignes og identifiseres. Nøkkelfunnene grupperes og kategoriseres. Etter hovedkategoriene er satt kan det identifiseres underkategorier. Den siste fasen er å beskrive et fenomen i en syntese. Grunnlaget av syntesen skal skrives og beskrive alle tema og eventuelle undertema gjerne med eksempler fra de originale studiene (Evans 2002).

## 4.0 Resultat

Hensikten med studien var å belyse sykepleier erfaringer med smerter hos personer med demens og undersøke hvordan denne kunnskapen kan implementeres i praksis.

### 4.1 Oversikt over tema etter analysen

Hovedtema	Artikkel nr.
Kartlegging av smerter hos personer med demens	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11
Sykepleier-lege relasjonen	1,4,5,6,10,11
Faglig kunnskap	4,5,6,7,10,11
Pårørende	1,5,7,8,9

### 4.2 Kartlegging av smerter hos personer med demens

Mitt funn viser at sykepleierne beskriver store utfordringer med å tolke smerteuttrykket til personer med demens. Personer med demens kan ha problemer å uttrykke seg noe som kan føre til vansker når det skal vurderes om pasienten har smerter. Kartleggingsprosessen blir beskrevet som kompleks og utfordrende. Endring i atferd hos personen med demens ble sett på som en indikator på at pasienten hadde behov som ikke ble møtt som kunne relateres til smerteproblematikk (Monroe, Parish og Mion 2015, Lillekroken og Slettebø 2013, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Gilmore-Bykovskiy og Bowers 2013, Peisah et al. 2014, Veal et al. 2017, Chang et al. 2011, Kaasalainen et al. 2007, Lillekroken og Slettebø 2010, Brorson et al. 2014).

Kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen kan føre til at pasientene ikke kan verbalisere sin smerte som kan øke faren for at pasienten blir under-, over- eller feil medisinert (Lillekroken og Slettebø 2013). Selv om smerten ble oppdaget, var det en usikkerhet rundt diagnosen som kunne påvirke hvilken behandlingsinversjoner som ble iverksatt (Kaasalainen et. al 2007).

*I don't think they have any less pain, I mean, I don't think sensorywise. It's just harder for us as clinicians to determine how much pain they're in* (Monroe, Parish og Mion 2015 s.318).

Sykepleierne så på endring i atferd som en indikator på et mulig uttrykk for smerter. Tilbaketrekking, vandring, negative verbale uttrykk, grimaser, stønning, endringer i ansiktsuttrykk, aggressivitet, stivhet i kroppen og endring i bevegelsesmønsteret ble sett på som atferd som kunne relateres til smerteproblematikk (Gilmore-Bykovski og Bowers 2013, Peisah et al. 2014, Chang et al. 2011, Lillekroken og Slettebø 2010, Brorson et al. 2014). Selv om sykepleieren mistenkte at personen med demens hadde smerter var det en utfordring å finne den bakenforliggende årsaken på grunn av vanskeligheter med å tolke pasientens signaler (Brorson et al. 2014).

Enkelte sykepleiere synes det var vanskelig å skille mellom pasientens smerteuttrykk og demenssykdommen (Lillekroken og Slettebø 2010). Angst og følelsesmessig smerte kunne være utfordrende å skille fra fysisk smerte (Monroe, Parish og Mion 2015). I Veal et al. sin studie (2017) beskrev sykepleierne at demensrelatert atferd kan skjule en smerteproblematikk noe som kompliserer vurderingen. Sykepleiers erfaringer i Kaasalainen et al. (2007) sin studie var at pasienten ble sett på beroligende medikamenter ved atferdsendring, smertebehandling ble gjerne prøvd sist.

I studien til Gilmore-Bykovskyi og Bowers (2013) kom det frem at den vanligste årsaken til utsatt eller manglende behandling av smerter var når personer hadde demenssykdom. Det ble uttrykt at en av årsakene til dette var store utfordringer med å vurdere smerter hos denne pasientgruppen.

Sykepleierne la vekt på å kjenne pasienten og ha kunnskap om deres livshistorie var en stor fordel for å kunne oppdage endringer som kunne relateres til smerter (Brorson et al. 2012, Veal et al. 2017, Monroe, Parish og Mion 2015, Lillekroken og Slettebø 2010).

#### **4.2.1 Bruk av kartleggingsverktøy**

Bruken av kartleggingsverktøy var variabel. På noen av sykehjemmene brukte de uroskjema men manglet kunnskaper om kartleggingsskjema om smerter til personer med



demens (Lillekroken og Slettebø 2013, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013). Noen av sykepleierne hadde prøvd Vas smerteskala, men fant dette vanskelig siden de var avhengig av at pasienten kunne visualisere hvor smerten satt (Lillekroken og Slettebø 2013). I studien til Monroe, Parish og Minon (2015), Peisah et al. (2014) og Brorson et al. (2014) brukte de kartleggingsverktøy. Abbey pain charts, doloplus 2 og pain assessment in advanced dementia ble nevnt. I studien til Chang et al. (2011) og Kaasalainen et al. (2007) var det lagt vekt på fysisk undersøkelse for å vurdere smerteproblematikken hos personer med demens, kartleggingsverktøy er ikke nevnt.

#### **4.2.2 Prøve og feile- metoden**

Sykepleierne referer til å prøve- og feile metoden hvor pasienten ble sett på smertestillende for å vurdere om det hadde en positiv effekt på agitert eller urolig atferd. Metoden ble brukt som en konsekvens av usikkerhet og mangelfull utredning av pasientens behov (Lillekroken og Slettebø 2013, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Gilmore-Bykovski og Bowers 2013) Prøve og feile metoden i studien til Gilmore-Bykovski og Bowers (2013) inneholdt en kombinasjon av medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak. Prøve og feile metoden i Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) sin studie førte til at pasientene som mottok smertelindring kunne bli sedert. Dette bekymret sykepleierne fordi de var redde for at pasientene fikk sin kognitive tilstand ytterligere redusert. Samtidig var det uttrykt at pasienter ikke skal lide unødige på grunn av smerter.

### **4.3 Sykepleier-lege relasjonen**

Funnene i litteraturstudien min viser at majoriteten av sykepleierne beskrev utfordringer i relasjonen mellom sykepleier og legen. Sykepleierne uttrykte at legen ikke tok deres vurdering på alvor som førte til manglende oppfølging av smerter hos pasientgruppen. Manglende informasjon fra sykepleierne ble pekt på som en mulig årsak til at legen ikke hadde tillit til sykepleier sine vurderinger. Noen av sykepleierne hadde en positiv relasjon. Åpen og profesjonell kommunikasjon ble beskrevet som en viktig ingrediens for å ha et godt tverrfaglig samarbeid (Jansen et al. 2016, Kaasalainen et al. 2007, Brorson et al. 2014, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Veal et al. 2017, Peisah et al. 2014).

### **4.3.1 Godt samarbeid**

Halvparten av sykepleierne i studien til Jansen et al. (2016) beskrev en positiv relasjon til legen. Erfaringene var at legen raskt besvarte sykepleier sine vurderinger om pasientens smerte og forordnet smertestillende medisiner. Åpen og profesjonell kommunikasjon førte til at den tverrfaglige relasjonen arbeidet mot samme mål for å lindre pasientens smerte (Jansen et al. 2016).

Sykepleiere uttrykte at legen hadde begrenset tid med pasientene og dermed var avhengig av sykepleier sine kartlegginger. Tillit og kommunikasjon mellom profesjonene var diskutert til å være et sentralt aspekt for en effektiv arbeidsrelasjon med fokus på pasientens behov (Kaasalainen et al. 2007). For å oppnå en godt Inter profesjonelt samarbeid pekte sykepleierne på at må legen stole på deres evne til å vurdere pasientens behov for smertelindring og handle deretter (Brorson et al. 2014).

### **4.3.2 Utfordrende samarbeid**

Sykepleierne erfarte også at samarbeidet med lege kunne være utfordrende. De uttrykte at enkelte leger kunne være tilbakeholdne med å vurdere pasientens smerte og ignorerte ønsker om hjelp med kompliserte tilfeller. Dårlige kommunikasjonsevner og utilstrekkelig rapportering fra sykepleiere førte til vanskeligheter i sykepleier-lege relasjonen (Jansen et al. 2016). Uenighet innen personalgruppen kunne føre til sprikende informasjon til legen, legen ble usikker og konsekvensen kunne være at personen med demens ikke fikk behandling (Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013).

En erfaring i Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) sin studie var at legen så på pasientens demenssykdom som årsak til atferdsendringer og den underliggende årsaken ble ikke undersøkt. En annen erfaring var at legen mente at smertebehandlingen som var gitt skulle være tilstrekkelig, sykepleier sin vurdering ble ikke tatt hensyn til (Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013).

Noen ganger måtte sykepleiere be om vurdering fra en ny lege for at pasienten skulle få dekket sitt behov for smertelindring, noe som var sett på som ubehagelig (Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Veal et al. 2017).

I studien til Peisah et al. (2014) beskrev sykepleierne at legen til tider ikke ville høre på sykepleier sin smertevurdering. Sykepleierne uttrykte at helsepersonell må ha et større fokus på vurdering av smerter og lidelse hos pasientene.

*Some will say: well what`s wrong with them? And try to diagnose over the phone, rather than actually coming out to do a home visit. Probably one of the biggest issues that we have is that the GPs wouldn`t always come out and help us assess (Jansen et al. 2016. s.1239).*

#### **4.4 Faglig kunnskap**

Jeg fant at sykepleierne hadde en oppfatning om at faglig kunnskap var en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientens smertetilstand. De ønsket undervisning om demenssykdommer, smerter og behandlingsmuligheter som de så på som sentralt for å forstå pasienten med demens sine signaler. De fleste sykepleierne ga uttrykk for at det var lite fokus på undervisning (Janssen et al. 2016, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Peisah et al. 2014, Kaasalainen et al. 2007, Lillekroken og Slettebø 2010, Veal et al. 2017).

Erfaringene fra sykepleierne var at sykehjemmene ikke hadde fokus på kompetanseutvikling. Manglende finansiering og lang reisevei til kursing ble nevnt som årsaker til manglende tilrettelegging fra arbeidsplassen (Janssen et al. 2016, Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013).

I studien til Peisah et al. (2014) fikk alle sykepleierne bortsett fra et sykehjem kompetanseheving innen smerte en til to ganger i året. I studien til Veal et al. (2017) uttrykte 4 av 5 ledere at det var nødvendig at personalet fikk øke kompetansen innen smertelindring.

Sykepleierne ønsket å gå sammen med erfarne sykepleiere for å lære av hverandre. Erfaring ble sett på som viktig for å vurdere pasientens smerte. Å observere sammen var ønskelig da de kunne lære av hverandres ekspertise (Janssen et al. 2016, Lillekroken og Slettebø 2010).

## 4.5 Pårørende

Funnene er delt. Flere av sykepleierne fremhevet pårørende som en ressurs og ba pårørende om hjelp til vurderinger av smerter hos personer med demens. Dette på bakgrunn av at pårørende kjente sine best og kunne bidra med verdifull informasjon. Andre sykepleiere så på relasjonen til pårørende som utfordrende. Spesielt var det et dilemma når pårørende sine ønsker ikke samsvarte med sykepleier sin vurdering av pasientens behov (Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Lillekroken og Slettebø 2010, Brorson et al. 2014, Monroe, Parish og Mion 2015, Lillekroken og Slettebø 2013).

Pårørende kjente ofte pasientene godt og kunne hjelpe til med å tolke pasientens smertesignaler (Jenssen, Tingvoll og Lorem 2013, Lillekroken og Slettebø 2010, Brorson et al. 2014). For å innhente viktig informasjon om hvordan pasienten tidligere hadde taklet smerte og tidligere sykdommer var pårørende en ressurs. Sykepleierne hadde fokus på en åpen dialog med pårørende (Lillekroken og Slettebø 2010).

Sykepleierne uttrykte at det kunne være en utfordring å balansere pårørende sine ønsker med pasientens behov (Monroe, Parish og Mion 2015, Lillekroken og Slettebø 2013). Sykepleierne følte at pasientens autonomi ble tilsidesatt og pårørendes ønsker ble tatt hensyn til foran pasientens behov. Sykepleier måtte til tider ta avgjørelser som kunne sette forholdet til pårørende på prøve noe som førte til blandede og ubehagelige følelser (Lillekroken og Slettebø 2013).

*And (the family) is asking for all these things. It's just interesting because it's like, on one side it seems that they're pulling back, and then the other side, they're saying do something* (Monroe, Parish og Mion 2015 s. 318).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Inklusjonskriterier**

Autoriserte sykepleiere er utvalget i min litteraturstudie. Under databasesøkene dukket det opp forskning med annet helsepersonell. Det kan i enkelte studier være vanskelig å skille mellom autoriserte sykepleiere og sykepleie assistenter. Jeg hadde planlagt å bruke kvalitativ forskning. Det er mye kvantitativ forskning på dette temaet, disse artiklene har blitt ekskludert. Jeg har inkludert både personer med kognitiv svikt og en demensdiagnose. Gjennom litteratursøket dukket det opp studier som fokuserer på postoperative smerter eller smerter etter brudd. De studiene er ikke inkludert. Det er smertebildet generelt jeg ønsker å belyse. Jeg har likevel inkludert to studier som har fokus på smertelindring i en palliativ fase. Jeg tenker at utfordringene er sammenlignbare selv om pasientene er i forskjellige livsfaser. Under søkene dukket det opp begrep som «aged care facilities» og «long time care facilities». Jeg sammenligner de med sykehjem og har inkludert disse studiene. En studie fra en sykehusavdeling for personer med demens er inkludert da jeg opplevde erfaringene til sykepleierne var sammenlignbare med de andre studiene. Tre norske og åtte engelske studier er grunnlaget til litteraturstudien. Noen av forskningsartiklene har brukt fokusgruppe intervju mens andre har brukt individuelle intervju noe som jeg tenker er en styrke i litteraturstudien min.

#### **5.1.2 Datainnsamling**

Jeg utførte noen tilfeldige søk for å se hva jeg fant. Tanken var at jeg skulle skrive om palliasjon til personer med demens. Etter noen prøvesøk endret jeg fokus til smerter og demens. Sykepleieperspektivet er et bevist valg og gjør det lettere å inkludere egne erfaringer i litteraturstudien. Timen hos bibliotekar ved høyskolen hjalp meg til å systematisere søkene mine.

Det var utfordrende å finne gode forskningsartikler som passet inklusjonskriteriene mine. Jeg fant artikler om personer med demens og smerter, men ofte var det brukt kvantitative metoder med pasientperspektiv. Google translate ble brukt, men kun ved enkelte ord eller

setninger. Har bevist ikke oversatt hele avsnitt da en direkte oversettelse etter min erfaring kan forandre innholdet. Det må nevnes at min oversettelse kan inneholde feiltolkninger. Opplevelsen under søkeprosessen var at de samme artiklene dukket opp i flere databaser. Konsekvensen av dette ble det lite ny informasjon. Etterhvert måtte jeg ta en bestemmelse på at søkeprosessen var over for å gå videre.

Ekskludering av kvantitative artikler kan være en svakhet ved litteraturstudien min. Inkludering av kvantitative artikler kunne ført til et annet resultat. Samtidig tenker jeg at kvalitative metoder er godt egnet til å få svar på problemstillingen min.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering**

Prosessen med sjekklister av vitenskapelige artikler var tidkrevende. Har lest i pensumlitteraturen for å forstå hvordan dette kan gjennomføres på best mulig måte. Har ekskludert noen artikler basert på at de ikke hadde de ønskelige kriteriene. Forskerspråket kunne være vanskelig å forstå, men det ble lettere lenger ut i prosessen. Alle de inkluderte artiklene har over 80 % ja svar under Malteruds (2013) sjekklister noe som jeg tolker som et godt resultat.

### **5.1.4 Etske hensyn**

Majoriteten av artiklene har fått godkjenning av etiske komiteer for forskning. I tre av artiklene har utvalget fått en økonomisk kompensasjon for deltagelsen i forskningen, det innebar små beløp som gavekort eller dekking av måltider. Dette er beskrevet i artiklene og jeg tenker det ikke vil påvirke resultatet i studien. I den ene artikkelen har de blitt fritatt fra godkjenning gjennom etisk komite, men har et fokus på anonymisering av utvalget.

### **5.1.5 Analyse**

Evans (2002) sine fire faser er analysegrunnlaget for litteraturstudien. Fasene er innsamling av datamateriale, identifisering av nøkkelfunn, identifisering av kategorier på tvers av studiene og beskrivelse av et fenomen.

### **Innsamling av datamateriale:**

Innsamling av data var den fasen som tok mest tid. Jeg brukte de tidligere nevnte databasene for å finne studier som passet til mitt tema. Jeg hadde behov for veiledning av bibliotekar for å komme videre i prosessen. Underveis laget jeg en oversikt med søkehistorikk (vedlegg 2). Jeg startet også å lage tabell over artiklene (vedlegg 3). For å kunne fylle ut nevnte skjema leste jeg artiklene enda en gang.

### **Identifisering av nøkkelfunn:**

De fleste av artiklene hadde hovedkategorier. Noen artikler hadde flere med underkategorier, mens andre fokuserte på ett funn. To av de inkluderte artiklene har fokus på livets siste dager og smerter, har prøvd å unngå funn som relateres til livets slutt. Jeg startet med å lese artiklene, først en rask gjennomlesing og deretter grundigere. Under gjennomlesningen la jeg merke til funnene artiklene hadde og markerte disse underveis. For å få en forståelse av hva de enkelte artiklene måtte de leses flere ganger. Jeg oversatte enkelte ord gjennom google translate. Etter gjentatte gjennomlesninger skrev jeg et sammendrag fra hver artikkel med fokus på resultatdelen.

### **Identifisere kategorier på tvers av studiene:**

For å finne hovedfunnene fokuserte jeg på resultatdelen. Fikk totalt syv hovedtema etter en gjennomgang av de elleve artiklene. Den første kategorien var åpenbar å velge siden nesten alle artiklene hadde dette som funn. Kategori to og tre ble valgt etter at seks artikler hadde sammenlignbare resultater. Valgte vekk tre kategorier da det kun var funn i en eller to studier. Den neste kategorien var funn basert på tre studier, slik jeg tolker det er funnet relatert til livets slutt ikke smertelindring og den ble derfor ekskludert. Jeg noterte meg underkategorier underveis. Etter at hovedtemaene var satt leste jeg alle artiklene en gang til og noterte ned informasjon jeg kom over relatert til tema. For å holde orden på de forskjellige funnene ble studiene skrevet ut på nytt og jeg brukte fargekoder når det dukket opp funn relatert til en av de valgte temaene. Markerte også sitat som kunne være aktuelle til litteraturstudien min. Etter en siste gjennomlesing fant jeg enda en kategori. Satt igjen med fire kategorier som ble til mine fire hovedtema.

### **Bekrivelse av et fenomen:**

Siste fasen er å beskrive en syntese. Likheter og ulikheter mellom hver kategori markerte jeg med ulike fargekoder. For å sikre at alle studiene ble inkludert i resultatdelen gikk jeg

gjennom denne delen gjentatte ganger. En oversikt over resultatene fikk jeg ved å lage et nytt dokument hvor essensen fra hver studie ble notert og kategorisert etter tema. Her tok jeg med sitat som understøttet temaet mitt. Jeg hadde tidligere markert viktige avsnitt i hver artikkel og skrevet et sammendrag. Deretter brukte jeg fargekoder for å se likheter og ulikheter innenfor hvert tema for så å sammenfatte dette i resultatdelen. Tema en inkluderer ti av elleve artikler, det ble derfor naturlig å dele det inn i underkategorier. Tema to er også delt inn i to underkategorier.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Sykepleiers erfaring med vurdering av smerter hos personer med demens**

I funnene fra litteraturstudien min blir vurderingen av smerter hos personer med demens beskrevet som en utfordrende og kompleks prosess.

Rokstad (2015) skriver at vurdering av smerter hos personer med demens, når det verbale språket er redusert, kan by på utfordringer. Pasienter med alvorlig demens gjenkjenner ikke alltid kroppslige smerter og kan ha vansker med å beskrive smerten for andre. Mye kan tyde på at personer med demens kan føle frykt i relasjon til smerteopplevelser, fordi de har vanskeligheter for å knytte smerteopplevelsen til en årsak. Observasjonsbaserte smertevurdering er nødvendig når det gjelder personer i en sen fase av demenssykdommen.

Som sykepleier skal vi lindre og gi god omsorg som beskrevet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleie forbund 2016). Personer med demens på sykehjem har ofte moderat til alvorlig demens og kan ha problemer med å gi oss beskjed om hva som er galt. Jeg kjenner meg igjen i sykepleierne sine erfaringer om at vurderingen kan være vanskelig. Tolking av pasientens signaler kan bli bedre, og bruken av tilrettelagte kartleggingsverktøy for personer med demens tenker jeg er veien å gå. Helsepersonell loven (1999) setter krav til at sykepleiere skal sørge for at pasientene får dekket sitt helhetlige behov.



*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonell loven kap. 2 § 4 1999)*

Resultatene fra litteraturstudien viste at endringer i atferd ble nemt som en mulig indikator på smerter. Rastløs vandring, grimaser, negative verbale uttrykk, endringer i ansiktsuttrykk, aggressivitet og endring i bevegelsesmønsteret ble trukket frem. Dette bekreftes av teorien som mulige smerteindikatorer. Rokstad (2015) beskriver følgende eksempler:

- Ansiktsuttrykk som er trist, skremt, rask blinking og pannerynking.
- Verbale uttrykk som støyende pusting, messing, synging, utrop og banning.
- Endring i bevegelsen som uro, vimsing, agitasjon, økt vandring og vugging.
- Endringer i kontakt med personalet som motsetter seg pleie, blir utagerende og tilbaketrekking.
- Endring i aktivitetsmønster som nekter å spise, hviler lenger enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i aktivitet og normale rutiner.
- Endringer i mental status som økt forvirring, irritabilitet og gråt (Rokstad 2015).

De fleste endringene som er nevnt som smerteuttrykk går under atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, APSD. Den store utfordringen er at dette også kan være relatert til demenssykdommen.

APSD er en fellesbetegnelse på endringer i atferd hos personer med demens. I mange tilfeller er det APSD som skaper størst lidelse ved demens, både for pasienten og familien. Eksempler er depresjon, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, illusjoner, apati, rastløs motorisk atferd, irritabilitet, aggressivitet, roping og døgnrytmeforstyrrelser (Wyller 2015). Atferdsendringer hos personer med demens er vanlig og erfaringen med at vurderingen av bakenforliggende årsak er svært vanskelig, er gjenkjennbart.

Atferdsendringer kan forverres ved at personalet ikke klarer å møte behovene til pasienten som å dekke de grunnleggende behovene for trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og beskjeftigelse som nevnt tidligere av Rokstad (2014). Jeg tenker at dersom de grunnleggende behovene er ivaretatt kan det forenkles vurderingsprosessen av smerter.

Erfaringen fra sykepleierne var vansker med å skille mellom demensrelatert atferd og smerteuttrykk. Som Avansert klinisk sykepleier (Aks) kan en med riktig tilnæringsmåter redusere atferds utfordringer ved å sørge for at personen med demens føler seg trygg og ivaretatt. Rokstad (2014) skriver at det kan være en utfordring for personen med demens å forstå hva sykepleier prøver å formidle. Vansker med kommunikasjon kan skape frustrasjon og uro som kan være svært slitsomt i en relasjon. En personsentrert innfallsvinkel til kommunikasjon betyr at personen kommer i første rekke og demenssykdommen i andre. Sykepleier må være sensitiv for hvilke følelser personen med demens har til de endringene som vil skje. Personen med demens vil streve med å skape en sammenheng i tilværelsen som gir mening. Den viktigste egenskapen som en sykepleier må trene opp, for å skape en positiv relasjon som grunnlag for personsentrert omsorg, er evne til å være til stede i relasjonen og gi personen full oppmerksomhet i øyeblikket. Tom Kitwood beskriver positivt personarbeid som bidrar til å fremme personer med demens sin trivsel og velvære, gir økt mestring og forebygger og lindrer psykisk uro og smerter. (Rokstad 2014).

APSD er en stor utfordring og dersom personalet ikke har de nødvendige kunnskapene for å møte pasienten vil dette kunne forverre atferds utfordringer. Som Aks-sykepleier hviler det et ansvar for å videreformidle kompetansen til resten av personalgruppen. Dette for å sikre at alle de involverte møter personen med demens med en personsentrert tilnærming. Verktøy som VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping og Marte Meo veiledning kan bidra til å ha et personsentrert fokus for hele personalgruppen. Det vil bedre helsehjelpen vi gir og hjelpe oss i kartleggingsarbeid av smerter hos personer med demens. Gjennom studiet har vi hatt en innføring i disse tre metodene som utfyller hverandre og er nyttige hjelpemiddel i hverdagen på sykehjemmet.

Dersom personen med demens er urolig eller gir uttrykk for frustrasjon har det en underliggende årsak. Atferden kan være et uttrykk for en lite tilfredsstillende livssituasjon, behov som ikke blir møtt, kjedsomhet, en reaksjon på urimelige krav fra omgivelsene eller en reaksjon på over- eller under stimulering. Utfordringer knyttet til språkproblemer ved demens kan føre til frustrasjon og endret atferd. Det gjelder også ved kroppslig smerte, mistriivsel, depresjon og utrygghet (Rokstad 2014).

Som Aks-sykepleier må en bruke kompetanse om demens og hvordan en kan møte pasienten med utgangspunkt i et personsentrert perspektiv som nevnt ovenfor av Rokstad

(2014). Sykepleierne sine erfaringer stemmer godt overens med mine erfaringer. Jeg mistenker at flere personer med demens går med ubehandlet smerte. Det jeg ser og opplever er at personer med demens endrer seg med eksempelvis mer vandring, irritasjon og utagerende atferd mot personalet. Personalgruppen tenker at dette må behandles med beroligende medikamenter uten at den underliggende årsaken blir undersøkt. Nyttige verktøy kan hjelpe oss til å vurdere om endringen i atferden kan relateres til smerter. Mange av pasientene klarer ikke å si fra at de har det vondt på grunn av afasi eller andre kommunikasjonsproblemer. Jeg tenker ved å ha et fokus på denne problemstillingen og øke kompetansen, noe som jeg håper at denne litteraturstudien kan bidra til, har vi kommet et stykke på vei. Løsningen, slik jeg ser det, er ikke å sette alle på lik behandling som i en prøve og feile metode som tidligere er nevnt. Men heller ha et økt fokus på kartlegging og individuell tilpassing for smertelindring. I tillegg til analgetika er det også flere ikke medikamentelle tiltak som bør vurderes som eksempelvis musikk, sansestimulering og massasje. Smerter hos personer med demens kan være relatert til muskel, skjelett, ledd og skader, men det kan også være et uttrykk ved obstipasjon, infeksjoner eller tannpine. Det er derfor viktig at en utelukker andre årsaker til smerter som kan løses med andre intervensjoner enn smertestillende medikamenter.

I resultatene fra litteraturstudien uttrykte sykepleierne at det kunne være vanskelig å skille mellom pasientens smerteuttrykk og symptomer som hørte til demenssykdommen. Sykepleierne hadde også vansker med å skille mellom følelsesmessig og fysisk smerte. Det ble uttrykt en bekymring for at demensrelatert atferd skulle skjule smerteatferd. En erfaring fra sykepleierne var at smertebehandling ble gjerne prøvd sist og at det var vanligere at det ble prøvd beroligende medikamenter mot endringer i atferden. Husebø (2015) bekrefter at hovedutfordringen er at typisk smerteatferd kan ligne på demensatferd. En konsekvens av dette er at pasienten får beroligende medisiner istedenfor smertelindring. En person med demens kan bli forvirret av vanlige spørsmål en lege vil stille for å sette en smerte diagnose, fordi de ikke husker smerten eller har mistet språket.

Funnene i litteraturstudien min viste at det var en variabel brukt av kartleggingsverktøy. De fleste av sykepleierne brukte ikke disse. De manglet kunnskaper eller brukte en fysisk undersøkelse for å vurdere om pasienten hadde smerter. Noen brukte kartleggingsverktøy og hadde kunnskaper om de aktuelle verktøyene for personer med demens.

Årsaken til manglende kunnskaper om kartleggings skjema til personer med demens kan være at verktøyene ikke er kjent. Det har de siste årene kommet flere slike skjema som er tiltenkt personer med demens. I tillegg til MOBID-2 vil jeg nevne doloplus 2. Erfaringen til sykepleierne er gjenkjennbare til min egen arbeidsplass. Da tenker jeg spesielt på manglende kunnskaper og verktøy til å kunne kartlegge smerter hos personer med demens. En kombinasjon av smertekartleggings verktøy og en fysisk undersøkelse for å finne årsaken til smertene, tenker jeg vil være det beste for å finne en rett diagnose. En utfordring kan være at ikke alle personer med demens samarbeider under en fysisk undersøkelse. En avansert klinisk sykepleier har utvidet kunnskaper om demenssykdommer og kliniske undersøkelser, noe som vil komme godt med i de kompliserte tilfellene. Dersom pasienten ikke vil samarbeide under en fysisk undersøkelse må sykepleier stole på sitt kliniske blikk og så godt som mulig konstatere hvor smerten kommer i fra. En personsentrert tilnæringsmåte vil hjelpe Aks-sykepleier til å sette seg inn i personens perspektiv og dermed kunne møte pasientens behov.

### **5.2.2 Tverrfaglig samhandling**

Flere av sykepleierne beskrev en positiv relasjon mellom sykepleier og legen. Samarbeidet bygget på en åpen og profesjonell kommunikasjon. Tillit og kommunikasjon ble sett på som viktige aspekt for en effektiv arbeidsrelasjon med fokus på pasientens pleie.

Sykepleierne la vekt på et godt samarbeid med legene. At legen stoler på sykepleier sin evne til å vurdere pasientens behov for smertelindring og handler etter det, ble sett på som sentralt.

Orvik (2004) skriver om samarbeid, samhandling og samordning. For at et samarbeid skal fungere krever det en positiv innstilling fra begge parter. Samarbeid er personavhengig. Typisk for et samarbeid er en positiv innstilling som gir utslag i fortløpende uformell kontakt mellom enkeltpersoner. Samhandling er mer konkret og forpliktende. For å få til en samhandling må forholdet mellom enkeltpersoner være basert på tillit, gjensidighet og likeverd. Partene må ha en felles forståelse av situasjonen og er forpliktet til å få til noe sammen. Samhandling må til for å unngå at pasienter blir kasteballer i systemet, noe som er faglig og menneskelig uverdigg. Samordning krever beslutninger på systemnivå og er et ledelsesansvar. Samordning er nødvendig for å fremme samhandling mellom helsearbeidere, både innen den enkelte organisasjonen og mellom organisasjoner.

Samhandlingskompetanse er en personlig og profesjonell kompetanse som forutsetter trygghet i egen fagkunnskap og kjennskap til egne begrensninger. I begrepet samhandlingskompetanse ligger blant annet at en er i stand til å se egen kompetanse, å forstå viktigheten av å lytte, å være i stand til å stå i en vedvarende prosess, å være bevist sin egen og andres rolle og funksjon. Samhandling bidrar til å styrke pasientens opplevelse av å ha møtt én helsetjeneste. Noen ganger kan situasjonen kreve at leger og sykepleiere har evne til å gjennomføre nødvendige tiltak raskt. Egenskaper som handlekraft, fleksibilitet og evne til improvisasjon blir sentrale (Orvik 2004).

Som Aks- sykepleier må vi ha et fokus på å bygge på en god relasjon basert på tillit og gjensidig respekt med legen. Vi er avhengig av legen sin handlingskraft for at pasientene skal få det de har krav på. Gjennom utdanningen har vi lært hvordan vi kan kommunisere med lege og andre profesjoner på en hensiktsmessig måte. **ISBAR** er et hjelpemiddel til å strukturere kommunikasjonen mellom sykepleier og lege.

**I** står for identifikasjon der en oppgir hvem en er, hvor en er og navn, alder, kjønn på pasienten. **S** står for situasjon der en forklarer hva problemet er med eksempelvis å si Jeg ringer deg fordi.. eller Jeg har sett.. Dersom det haster med legetilsyn skal dette gjøres klart umiddelbart. **B** står for bakgrunn hvor en gjør rede for en kortfattet og relevant sykdomshistorie herunder tidligere og aktuelle sykdommer av betydning, aktuelle problemer og behandling til nå samt allergier og smitterisiko. **A** Står for aktuell tilstand som gir en beskrivelse a status og vurdering. Her skal en bruke ABCDE hvor A står for luftveier, B står for respirasjon og Spo2, C står for sirkulasjon med puls, blodtrykk og observasjoner av hud, D står for bevissthet og smerte og E står for temperatur, hud, ytre skader, blødninger. **R** står for råd hvor sykepleier skal anbefale tiltak og etterspørre legens anbefaling. Umiddelbare tiltak, overvåkning/overflytting, videre utredning/behandling. Viktige spørsmål her er å etterspørre frekvensen på tiltaket og når sykepleier skal ta rekontakt med legen (Thomsen, Sunde og Strømme 2018).

Ved å være bevist på hvordan vi kommuniserer med andre profesjoner og bruke verktøy som ISBAR, vil Aks-sykepleier vise en profesjonell og trygg kommunikasjon noe som kan bedre tillit og styrke den videre dialogen med legen. Samtidig kan et slikt hjelpemiddel hjelpe oss til å ikke glemme vesentlig informasjon i en mulig stressende situasjon og sikre at pasienten får den oppfølgingen han eller hun har behov for. En grundig

smertekartlegging før kontakt med legen viser at forespørselen om medisinsk vurdering er faglig forankret. I en smertevurdering bør vi i tillegg til å bruke observasjonsverktøy ta de kliniske undersøkelsene som kan være med på å støtte opp under mistanken om at personen med demens er smertepåvirket.

I lovverket er det også beskrevet at vi skal samarbeide med andre profesjoner.

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonell loven kap. 2 §4, 1999).*

I resultatene ble det nevnt en utfordrende relasjon mellom sykepleiere og tilsynslegen. Sykepleierne pekte på at utilstrekkelig og sprikende informasjon fra sykepleierne kunne være en årsak til lite tillit fra legen sin side. Sykepleierne ga uttrykk for at de ikke fikk aksept for sine vurderinger.

Det er ikke alltid så enkelt å forholde seg til andre profesjoner. Mine tanker rundt dette er at det har mye med hvordan vi formulerer oss og at vi viser respekt for andre sin kunnskap og ansvarsområde, som nevnt av Orvik (2004). Som Aks-sykepleiere må vi tilpasse oss den enkelte situasjon med å bruke en god forankret faglig kunnskap for å vinne frem med våre vurderinger. Ved å ha et fokus på å opptre profesjonelt vil vi bli møtt på samme måte. For å oppnå dette må vi hele tiden oppdatere oss faglig og bruke ny forskning og litteratur som forankring for våre meninger. Etterhvert tror jeg at det vil bli enklere når vi beviser for legen og andre profesjoner at de kan ha tillit til oss og at Aks-sykepleiere har mye nyttig og nødvendig kompetanse å bidra med. Orvik (2004) skriver om samarbeid, samhandling og samordning. En god relasjon starter på samordningsnivå, herunder mellom virksomheten og legetjenesten, og videreføres av sykepleiere og resten av personalgruppen.

### **5.2.3 Behovet for kompetanseutvikling**

I løpet av analysen kom det frem at sykepleierne ønsket påfyll av faglig kunnskap og så på kompetanse som en forutsetning for å forstå personen med demens sine signaler.

Helsedirektoratet (2017) skriver i Nasjonal faglig retningslinje for demens at kompetanse om demens innebærer gode kunnskaper om demenssykdommer, kommunikasjon, personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy, ernæring og oral helse, lindrende behandling, miljørettede tiltak, legemiddelbehandling samt etikk og lovhjemler ved bruk av tvang. Husebø (2015) skriver at å erkjenne smerter hos personer med demens kan være krevende. Personalet kan ofte ikke klandres for en feilvurdering. Opplæring og kunnskap er en forutsetning for at personalet skal kunne ta en kompetent vurdering og behandle smerter hos personer med demens.

Sykepleierne sin erfaring i litteraturstudien min var at sykehjemmene ikke la til rette for kompetanseutvikling. Dette ble oppfattet som frustrerende.

I Nasjonal faglig retningslinje for demens (2017) står det at virksomheter som yter helse og omsorgstjenester skal sørge for at de ansatte har den opplæringen, videreutdanningen og etterutdanningen slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte (Helsedirektoratet 2017).

I mange kommuner, inkludert min egen, har virksomheten en begrenset økonomi og kan bruke det som en årsak til at personalet ikke får undervisningen det er behov for. Som AKS-sykepleier tenker jeg at i tillegg til å lære kunnskap videre må vi begrunne hvorfor det er viktig at personalet har den nødvendige kunnskapen for å kunne gi god forsvarlig helsehjelp. Aks-sykepleiere må lede gjennom eksempel og sikre at helsehjelpen som gis er faglig forsvarlig.

#### **5.2.4 Relasjonen mellom sykepleier og pårørende**

Resultatene viser at pårørende ble sett på som en viktig og nyttig ressurs i vurdering av smerter hos personer med demens. Sykepleierne uttrykte også en utfordring med å balansere pårørende sine ønsker og pasientens behov. Pårørende sine ønsker ble prioritert foran pasienten sine ønsker som førte til at pasienten sin autonomi ble tilsidesatt.

Sykepleierne uttrykte også blandende og ubehagelige følelser relatert til avgjørelser som kunne sette forholdet til pårørende på prøve.

Pårørenderollen til personer med demens oppleves ulikt fra person til person, og opplevelsen vil variere ut fra situasjonen vedkommende er i. Pårørende er ofte en viktig støttespiller for personer med demens, både når det gjelder trygghet, livskvalitet og

praktisk støtte. Det kan oppleves som vanskelig når ens nærmeste får en alvorlig sykdom. Pårørendes krisereaksjon kan føre til frustrasjon, sinne og skyldfølelse over situasjonen, og pårørende kan føle seg maktesløse. Mange pårørende opplever at de må være på vakt og i beredskap knytt til usikkerheten og bekymring for fremtiden. Pårørende som opplever at ulike deler av helsetjeneste gir motstridende råd kan miste tilliten til hjelpeapparatet. I situasjoner som kan oppleves som utfordrende er det viktig at helsepersonell er enige om hva som er gode råd i denne familiens situasjon (Bruvik 2016).

En god relasjon til pårørende er essensielt for å kunne gi god omsorg til pasienten. Pårørende kan, etter min erfaring, være frustrerte over situasjonen og ha et stort behov for å bli hørt. For å kunne forstå hva pårørende sitt behov er må vi være imøtekommende og inkluderende. De fleste ønsker kun det beste for sine og ved å bruke en åpen og profesjonell dialog vil vi oppnå tillit fra familien. Pårørende kan sitte med nyttig informasjon og hjelpe oss å tolke pasientens smertesignaler. Et livshistorieskjema kan hjelpe oss til å få en bedre innsikt og forståelse for personen med demens. Vi er avhengig av pårørende sin hjelp til å fylle ut slike skjema. Vi må sette av tid til å samhandle med pårørende som vi gjør med pasientene. Selv om pårørende skal bli hørt må vi alltid tenke på hva som er det beste for pasienten og handle deretter i forhold til smertevurdering og lindring.



## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleier erfaringer med smerter hos personer med demens på sykehjem, og undersøke hvordan denne kunnskapen kunne implementeres til praksis. Studien viste store utfordringer med å vurdere og tolke smertesignaler hos personen med demens. Kartleggingsprosessen kompliseres ved at pasienten selv ikke kan gi beskjed om hva som er galt. Det kom også frem at sykepleierne hadde utfordringer i relasjonen med den behandlende lege ved at de ikke fikk aksept for sine vurderinger, som igjen gikk utover at pasienten ikke fikk den smertelindringen som de hadde behov for. Noen av sykepleierne hadde et positivt samarbeid med legene. Sykepleierne pekte på ett stort behov for kompetanseheving innen demens og smerter noe som ble lite prioritert fra sykehjemmene. Pårørende ble sett på som en ressurs innen smertevurdering hos personer med demens, men samtidig uttrykte noen av sykepleiere vansker med å balansere pårørendes ønsker og pasientens behov.

### **Implikasjon til praksis**

Det viktigste jeg har tilegnet meg gjennom litteraturstudien er hvor viktig det er å bruke tilrettelagte kartleggingsverktøy for smertevurdering hos personer med demens. Øking av kompetanse innen demens og smerter er hensiktsmessig og nødvendig. Økt kompetanse og tilrettelagte verktøy kan hjelpe sykepleiere til å vurdere smerter hos personer med demens og å skille mellom demensrelatert og smerterelatert atferd. Kompetanseheving innen personsentrert omsorg vil gjøre det enklere å kunne tolke pasientene sin atferd. Verktøyene Vips praksismodell, DCM og Marte meo veiledning kan være nyttige hjelpemiddel. Relasjonen mellom sykepleier og lege er svært viktig for at pasienten skal få den vurderingen og behandlingen som er nødvendig. I funnene var det ikke nevnt hvordan en kan bedre kommunikasjonen mellom profesjoner, jeg vil her nevne ISBAR som et nyttig hjelpemiddel. En god relasjon til pårørende er viktig for å kunne vurdere pasientene sin atferd. Åpen kommunikasjon med fokus på respekt og informasjon er nyttige råd for å få til denne relasjonen.

### **Forslag til videre forskning**

Det kunne vært interessant med forskning på sykepleiers erfaringer med smertekartlegging ved bruk av strukturerte verktøy til personer med demens. Dette for å se om det kunne bedre sykepleiers vurderingsevne. Resultatet kunne blitt sammenlignet med sykehjem som

ikke nyttet kartleggingsverktøy. Den forskningen jeg har kommet over har brukt kvantitative metoder i pasientperspektiv noe som ikke viser sykepleiers erfaringer.

## Referanseliste

Brorson Hanna, Henrietta Plymoth, Karin Ørmon, Ingrid Bolmsjø. 2014. «Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding END-of-Life Pain Relief in Patients With Dementia» *American society for pain Management Nursing*. 315-323.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

Bryden Christine. 2005. *Dancing with Dementia-my story of living positively with dementia*. London og Philadelphia: Jessica Kingsley.

Bruvik Frøydis. 2016. «Å være pårørende» i *Demensboka, lærebok for helse- og omsorgspersonell*, red. Signe Tretteteig 1. utgave, s. 173-197. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Chang Sung Ok, Younjae Oh, Eun Young Park, Geun Myun Kim, Suk Young Kil. 2010. «Concept Analysis of Nurses' Identification of pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Mode». *American society for pain management Nursing*. 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.05.007>

Dalland Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving*. 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal Knut. 2008. *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. 2 revidert og oppdatert utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Evans David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian journal of advanced nursing*. 22-26

Forsberg Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *At göra systematiska litteraturstudier*. 2 utgave. Stockholm: Forfattarna og bokforlaget Natur och Kultur.

Gilmore-Bykovskiyi Andrea L og Barbara J Bowers. 2013. «Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents With Dementia» *Research in Gerontological Nursing*. 127-138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>

Helsepersonelloven. 1999. *Lov av 02.juli nr. 64 om helsepersonell mv.* Lest 27.04.2018  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Husebø Bettina. 2015. «Vurdering og behandling av smerte hos pasienter med demens» I *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt*, red. Stein Husebø, s. 71-81. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Brøyn Timo Peder. 2012. «Alle databaser» [www.himolde.no](http://www.himolde.no). Lest 03.05.18  
<https://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx>

Jansen Bannin De Witt, Kevin Brazil, Peter Passmore, Hilary Buchanan, Doreen Maxwell, Sonja J. McIlfactrick, Sharon M. Morgan et al. 2016. «Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study» *Journal of Clinical Nursing*. 1234-1244.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Jenssen Gunn-Mari, Wivi-Ann Tingvoll, Geir Fagerfjord Lorem. 2013. «Smertebehandling til personer med langtkommen demens» *Geriatrisk sykepleie*. 26-34

Kaasalainen Sharon, Esther Coker, Lisa Dolovich, Alexandra Papaioannou, Thomas Hadjistavropoulos, Anna Emili, Jenny Ploeg. 2007. «Pain Management Decision Making Among Long-Term Care Physicians and Nurses» *Western Journal of Nursing*. 561-586.  
Doi: <https://doi.org/10.1177/0193945906295522>

Lillekroken Daniela og Åshild Slettebø. 2010. «Smerte hos eldre pasienter med demens. Vurdering og tolkning» *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*. 3-14.

Lillekroken Daniela og Slettebø Åshild. 2013. «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer» *Vård i Norden*. 29-33.

Malterud Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Monroe Todd B, Abby Parish, Lorraine C. Mion. 2015. «Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia» *Elsevier inc.* 316-320. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Nordtvedt Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lene Victoria Nordheim og Liv Merete Reinar 2016. *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*. 2 utgave, 6 opplag. Litauen: Cappelen Damm Akademisk.

Norsk senter for forskningsdata. NSD 2018. *Publiseringskanaler*. Lest 01.05.18  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Orvik Arne. 2013. *Organisatorisk kompetanse*. 11 opplag. Oslo: Cappelen forlag.

Peisah Carmelle, Judith Weaver, Lisa Wong, Julie-Anne Strukovski. 2014. «Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities» *Clinical interventions in Aging*. 1767-1774. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.564598>

Rokstad Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad Anne Marie Mork 2015 «utfordrende atferd» i *Personer med demens. Møte og samhandling*. Red. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, s.180-204. 1 utgave. Oslo: Akribe.

Sandvik R.G, G. Selbaek, R. Seifert, D. Aarsland, C. Ballard, A. Corbett, B.S. Husebo. 2014. «Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial» *European Journal of Pain*, 18(10), 1490-1500.

Veal Felicity, Mackenzie Williams, Luke Bereznicki, Elisabeth Cummings, Angus Thompson, Gregory Peterson, Tania Winzenberg. 2017. «Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study» *Elsevier inc.* 1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.002>

Wyller Torgeir. 2015. *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleie forbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» *www.nsf.no*  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> Lest 28.04.18

Thomsen Line Hurup, Anne Gjengedal Sunde og Torunn Strømme. 2018.  
Kompetanseprogrammet ABCDE, systematisk observasjon og kommunikasjon i  
kommunehelsetjenesten. *www.fylkesmannen.no*  
[https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMRO/Helse%20og%20sosial/Skjema%20og%20malar/Line\\_Torunn\\_Anne\\_Systematisk%20observasjon%20Utviklingskonferansen%2022%20februar%202018.pdf](https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMRO/Helse%20og%20sosial/Skjema%20og%20malar/Line_Torunn_Anne_Systematisk%20observasjon%20Utviklingskonferansen%2022%20februar%202018.pdf) Lest 28.04.18

Helsedirektoratet 2017. *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Versjon 3,1.  
<https://www.magicapp.org/postLogin?l=/guideline/2273&locale=no> Lest 28.04.18

Vedlegg 1

Pio skjema

P	I	O
<p>Dement*</p> <p>Dementia</p> <p>Alzheimer*</p> <p>Alzheimer disease</p>	<p>Pain*</p> <p>Pain Management</p> <p>Nurs*</p> <p>Nursing*</p> <p>Nursing homes</p> <p>Aged care facilities</p>	<p>Experience</p> <p>Knowledge</p> <p>Views</p>
<p>Demens</p>	<p>Smerte</p> <p>Smertelindring</p> <p>Sykepleie</p> <p>Sykehjem</p>	<p>Erfaringer</p> <p>Kunnskap</p> <p>syn</p>

## Vedlegg 2

### Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia or Alzheimer disease	14.02.2018	ProQuest	403897	0	0	0
Nurs* or Nursing homes	14.02.2018	ProQuest	2114651	0	0	0
Pain* or Pain management	14.02.2018	ProQuest	1516347	0	0	0
Experience or Knowledge or views	14.02.2018	ProQuest	3737380	0	0	0
Dementia or Alzheimer disease and Nurs* or Nursing homes	14.02.2018	ProQuest	52796	0	0	0
Dementia or Alzheimer disease and Nurs* or Nursing homes and Pain* or Pain management	14.02.2018	ProQuest	1788	0	0	0
Dementia or Alzheimer disease and Nurs* or Nursing Homes and Pain* or Pain Management and Experience	14.02.2018	ProQuest	383	17	8	4



or Knowledge or views. Limit 2007-2018						
Dementia and Pain	14.02.18	SveMed+	21	4	5	3
Dementia or Alzheimer Disease	14.02.2018	ScienceDirect	254346	0	0	0
Nurs* or Nursing Homes	14.02.2018	ScienceDirect	226634	0	0	0
Pain* or Pain Management	14.02.2018	ScienceDirect	527080	0	0	0
Experience	14.02.18	ScienceDirect	3350640	0	0	0
Dementia or Alzheimer Disease and Nurs* or Nursing Homes	14.02.2018	ScienceDirect	20517	0	0	0
Dementia or Alzheimer Disease and Nurs* or Nusing Homes and Pain* or Pain management and Experience	14.02.18	ScienceDirect	5452	0	0	0
Dementia or Alzheimer Disease and Nurs* or Nusing Homes and Pain* or Pain management and experience.	14.02.2018	ScienceDirect	502	12	4	2

<b>Limits topic</b> <b>Pain, dementia,</b> <b>alzheimer</b> <b>disease and</b> <b>contenttype</b> <b>journal and year</b> <b>2008-2018.</b>						
<b>Dementia or</b> <b>Alzheimer</b> <b>Disease</b>	<b>14.02.2018</b>	<b>Oria</b>	<b>228887</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pain* or Pain</b> <b>Management</b>	<b>14.02.18</b>	<b>Oria</b>	<b>943999</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Experience</b>	<b>14.02.18</b>	<b>Oria</b>	<b>6983322</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nurs*</b>	<b>14.02.18</b>	<b>Oria</b>	<b>3363044</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Dementia or</b> <b>Alzheimer</b> <b>Disease and</b> <b>Pain* or Pain</b> <b>Management</b> <b>and Experience</b> <b>and Nurs*</b> <b>Limit year:</b> <b>2013-2018</b>	<b>14.02.18</b>	<b>Oria</b>	<b>1551</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Dementia</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>163760</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Alzheimer*</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>117494</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nurs*</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>606028</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nursing*</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>490652</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pain</b> <b>management</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>37848</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Experience</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>493509</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Knowledge</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>527998</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Dementia or Alzheimer*</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>191195</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nurs* or Nursing*</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>606333</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Experience or Knowledge</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>987539</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pain management and dementia or Alzheimer* and Nurs* or Nursing* and experience or knowledge</b>	<b>09.02.2018</b>	<b>Ovid: Medline</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### Vedlegg 3

#### Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift Tittel	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<b>Artikkel 1:</b> Brorson Hanna, Henrietta Plymoth, Karin Ørmon, Ingrid Bolmsjø 2014 Sverige The American Society for Pain Management Nursing	Kvalitative metoder med semi strukturerte individuelle intervju.	7 sykepleiere ved en sykehusavdeling i Sverige som spesialiserer seg på blant annet demens. Ingen frafall.	- Barrierer og vanskeligheter med smertelindring til pasienter med demens i livets siste fase. -Utfordringer i relasjonen mellom sykepleier og legen. -Sykepleierne beskrev etiske dilemma som at legen satt i gang livsforlengende tiltak, engstelse for å gi for mye morfin. -Vansker med å få kontakt med pasientene. -Pasientene kunne vise smerter gjennom rastløshet og aggressiv oppførsel.	Godkjent av etisk komite i helse og sosial fakultetet ved Malmø universitet.	Grad 1 i NSD. God artikkel med høy overførbarhet til praksis selv om det er på en sykehusavdeling. Oversiktlig og godt språk.

<p>«Pain Relief at the End of Life: Nurses`Experiences Regarding END-of-Life Pain Relief in Patiens with Dementia»</p>			<p>-Erfaring og kjennskap til pasienten var viktig for å vurdere smerter.</p> <p>-Brukte endring i atferd som økt vandring og aggressiv oppførsel som mulig smerteuttrykk</p>		
--	--	--	---	--	--

<p><b>Artikkel 2:</b> Chang Sung OK, Younjae Oh, Eun Young Park, Geun Myun Kim, Suk Young Kil</p> <p>2010</p> <p>Korea</p> <p>The American society for Pain Management Nursing</p> <p>«Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model»</p>	<p>Delt i 3. En teoretisk fase, en Feltstudie fase og analyse.</p> <p>I feltstudien var det brukt kvalitative individuelle intervju.</p>	<p>13 sykepleiere fra sykehjem. Ingen frafall. Minimum 3 års erfaring fra denne pasientgruppen.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>-De så på endring i søvnmønster, endring i spiseatferd og endring i bevegelsesmønster som en mulig indikator på smerte</p> <p>-Ved mistanke om smerte undersøkte sykepleierne hud spesielt etter blåmerker, ødem i ledd og gjennomførte en fysisk undersøkelse for å finne årsaken til smertene. Sjekket også etter infeksjonstegn</p> <p>-vansker å identifisere smerter hos pasienter med alvorlig demens.</p>	<p>Godkjent av Etisk Komitee Board of Korea University.</p>	<p>Grad 1 i NSD.</p> <p>God artikkel, litt uvant med oppsettet som var 3 delt men samtidig oversiktlig.</p> <p>Interessant med en artikkel fra en annen kultur enn i Norge. Det virker som fokuset er på den fysiske undersøkelsen.</p>
--	--	---	---	---	---

<p><b>Artikkel 3:</b>  Gilmore-Bykovskyi  Andrea L, Barabra J.  Bowers  2013  Usa: Wisconsin  Research in  Gerontological Nursing  «Understanding  Nurses` Decisions to Treat  Pain in Nursing Home  Residents with Dementia»</p>	<p>Kvalitativ  design  Individuelle  dybde  intervju.</p>	<p>13 personer  inkludert registrerte  sykepleiere (med  autorisasjon) og  sykepleie assistenter  fra sykehjem med  erfaring fra  pasientgruppen.  10 var offentlig  godkjente  sykepleiere.  Ingen frafall.</p>	<p>-Beskrev forskjellig kartlegging og  behandlings prosedyrer knytt til om det var  stor eller liten sannsynlighet om pasienten  hadde smerter  -Usikkerhet om pasienten hadde smerter  førte til utsatt behandling og var knytt til  pasienter i langtidsavdeling og/eller hadde  demens og/eller hadde en historie om  søking etter medisiner eller pasienter som  ikke hadde synlige smerter  -Ved pasienter med demens delte  sykepleierne smertekartlegging i tre type  indikatorer som var a) atferd relatert til  smerter b) atferd med høy sannsynlighet for  smerter c) generell endring i atferd  -endringer i atferd ble beskrevet som  tilbaketrekking, vandring og negativt språk  -Brukte prøve og feile metoden</p>	<p>Ble fritatt fra  godkjenning fra Etisk  komite på grunn av  ingen gjenkjennbar  informasjon fra  pasient eller  sykepleier. Som et  resultat er det ikke  gjengitt geografisk  informasjon.</p>	<p>Grad 1 i NSD.  God artikkel. Men  er ikke gjengitt  beskrivelse av  sykepleierne og kan  være vanskelig å  skille mellom svar  fra registrerte  sykepleiere og  sykepleieassistenter.  Artikkelen hadde  interessante funn.</p>
---	---	--	---	--	--

			<p>-Demens ble beskrevet som den vanligste årsaken til at pasienten måtte vente for å få smertestillende</p> <p>-Flere spurte ikke pasienten selv om de hadde smerter på grunn av demenssykdommen.</p> <p>Utfordring med å administrere smertestillende, Pasienten kunne nekte å ta i mot smertestillende noe som ble oppfattet som frustrerende eller at pasienten hadde problemer med å ta medisinen</p> <p>-engstelse for at pasientene opplevde ubehag ved administrering av subcutane injeksjoner</p> <p>-sykepleierne hadde stor medfølelse for pasientene</p>		
--	--	--	--	--	--



<p><b>Artikkel 4:</b>  Jansen Bannin De Witt,  Kevin Brazil, Peter  Passmore, Hilary  Buchanan, Doreen  Maxwell, Sonja J.  McIlfactrick, Sharon M.  Morgan, Max Watson,  Carole Parsons</p> <p>2016</p> <p>Nord Irland</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>«Nurses` experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the</p>	<p>Kvalitativ studie som brukte semi-strukturerte individuelle intervju.</p>	<p>24 autoriserte sykepleiere fra 10 sykehjem (12), 3 hospise (6) og 2 akutt sykehus (6) som alle hadde erfaringer med denne pasientgruppen.  Ingen frafall.</p>	<p>-Både positive og negative relasjoner til legen  -et ønske om kompetanseheving hvor sykepleierne fra sykehjem opplevde denne som begrenset.</p> <p>-Sykepleierne brukte prøve og feile metoden  -vansker med å lokalisere smertene  -Vanskeligheter med å tolke pasientens smertesignaler</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av «The office for Research Ethics Committees Northen Ireland»</p>	<p>Grad 2 i NSD.  Har høyere grad enn de andre inkluderte artiklene. God artikkel med et oversiktlig språk.  God bruk av sitater.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>end of life: a qualitative study»</p> <p><b>Artikkel 5:</b> Jenssen Gunn-Mari, Wivi-Ann Tingvoll, Geir Fagerfjord Lorem</p> <p>2013</p> <p>Norge</p>	<p>Kvalitativ metode med</p>	<p>5 sykepleiere på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens. Ingen frafall.</p>	<p>-Pasientene ble satt på fast smertelindring som kunne føre til overbehandling og unødvendige bivirkninger</p> <p>-Brukte ikke kartleggings skjema</p> <p>-Utfordringer i relasjonen med legen eks. Sykepleierne fikk ikke aksept for sine vurderinger, fikk ikke forståelse for behovet for å øke allerede påbegynt smertelindring</p> <p>-Dårlig kommunikasjon i pleiegruppen førte til sprikende informasjon til legen</p> <p>-Sykepleierne ønsket påfyll av kompetanse og mente at sykehjemmene ikke prioriterte dette</p> <p>-Pårørende ble sett på som en ressurs innen smertekartlegging.</p> <p>-Bekymring for at pasientene sin smerte ikke ble oppdaget</p> <p>Spesielt for pasienter med demens</p>	<p>Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig</p>	<p>Grad 1 i NSD. God artikkel. Utvalget kunne vært større, opprinnelig var det tenkt at sykepleierne skulle ha spesialkompetanse noe de ikke hadde, hadde vært</p>
---	------------------------------	--	--	--	--

<p>Geriatrisk Sykepleie</p> <p>«Smertebehandling til personer med langtkommen demens»</p>	<p>individuelle intervju.</p>		<p>-Bekymring for at årsaken til smertene ikke ble riktig vurdert og det kunne føre til feil type smertelindring</p> <p>-Usikkerhet om atferds endringer var relatert til smerter eller årsaken var demens, delirium eller en annen årsak. Smerte var gjerne den siste årsaken de så etter.</p> <p>-Skepsis til bruk av opioider til personer med demens</p> <p>-bekymring for bivirkninger av medisiner</p> <p>-bekymring for polyfarmasi</p> <p>-Relasjonen mellom sykepleier og legen, kommunikasjon og tillit ble sett på som sentrale aspekt i den sammenheng.</p> <p>Sykepleierne beskrev viktigheten av å fange opp hvordan pasienter med demens</p>	<p>datatjeneste og innhentet tillatelse fra sykehjemmene og deltagerne.</p>	<p>interessant med en forskningsartikkel fra spesialsykepleiere sitt perspektiv. God overførbarhet siden undersøkelsen er gjennomført i Norge.</p>
---	-------------------------------	--	---	---	--

<p><b>Artikkel 6:</b>  Kaasalainen Sharon,  Esther Coker, Lisa  Dolovich, Alexandra  Papaioannou, Thomas  Hadjistavropoulos, Anna  Emili, Jenny Ploeg</p> <p>2007</p> <p>Canada</p> <p>Western journal of  Nursing research</p> <p>«Pain Management  Decision Making Among</p>	<p>Kvalitativt  design med  fokusgruppe  intervju for  sykepleierne.</p>	<p>Både registrerte  sykepleiere og  sykepleie assistenter.  Står ikke hvor  mange det er. Men  det var satt som et  krav at det var  minimum 4 per  sykehjem, og det var  4 inkluderte  sykehjem.  Ingen frafall.</p>	<p>og kommunikasjonsproblemer uttrykker  smerter</p> <p>-uro, ansiktsgrimaser, vandring,  aggressivitet og stivhet i kroppen ble  vurdert som smerteuttrykk</p> <p>-Vansker med å skille mellom  demenssykdommen og smerter</p> <p>-fagkunnskap var vesentlig for å vurdere  smerter</p> <p>-Samarbeid med pårørende ble fremhevet  som nyttig i vurdering av smerter</p> <p>-kunnskap om pasientens livshistorie ble  sett på som viktig og nyttig.</p>	<p>Etisk godkjenning fra  universitet basert etikk  komite og fra alle  sykehjemmene.</p>	<p>Grad 1 i NSD.  God artikkel.  Interessant med  vinkling både fra  sykepleiere og  leger.  Kunne ha skrevet  hvor mange  sykepleiere som  deltok og hvor  mange  fokusgrupper det  var.</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Long-Term Care Physicians and Nurses»</p> <p><b>Artikkel 7:</b> Lillekroken Daniela og Åshild Slettebø</p> <p>2010</p> <p>Norge</p>		<p>18 sykepleiere fra et sykehjem (6) og 2</p>	<p>-Utfordringer med komorbiditet og polyfarmasi, -få hadde rutiner på smertekartleggingsverktøy -etiske dilemmaer ved smertelindring som eksempelvis tvangsbehandling, motstridende beskjeder fra pårørende og pasienter -overtaling av pasienter for å ta i mot smertestillende noe som opplevdes som vanskelig og tidkrevende.</p>		<p>Publisert i nedlagt tidsskrift. Hadde tidligere grad 1. God artikkel. Godt språk og stor</p>
--	--	--	---	--	---

<p>Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning</p> <p>«Smerte hos eldre pasienter med demens»</p>	<p>Kvalitativt design med fokusgruppein tervju.</p>	<p>geriatrike avdelinger (12). Ingen frafall.</p>		<p>Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) og sykehusets egne personvernombud.</p>	<p>overførbarhet til praksis.</p>
---	---	---	--	--	-----------------------------------

<p><b>Artikkel 8:</b> Lillekroken Daniela og Åshild Slettebø</p> <p>2013</p> <p>Norge</p> <p>Vård i Norden</p> <p>«Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»</p>	<p>Kvalitativ studie med fokusgruppe intervju.</p>	<p>18 sykepleiere i 3 fokusgrupper ved 2 ulike avdelinger ved et geriatrisk sykehus og ved en skjermet enhet for personer med demens på et kommunalt sykehjem.</p>		<p>Godkjent av personvernombudet for forskning.</p>	<p>Publisert i nedlagt tidsskrift. Hadde tidligere grad 1. God artikkel men stor overførbarhet til praksis.</p>
---	--	--	--	---	---

<p><b>Artikkel 9:</b>  Monroe Todd B, abby  Parish, Lorraine C. Mion  2015  Usa: Nashville  Archives of Psychiatric  Nursing  «Decision Factors Nurses  Use to Assess Pain in  Nursing Home Resident  With Dementia»</p>	<p>Kvalitativ  studie med  fokusgruppe  intervju</p>	<p>29 deltagere fordelt i  4 fokusgrupper. Det  var autoriserte  sykepleiere og  sykepleiere med  praksis lisens.</p>	<p>-Sykepleierne uttrykte vansker med å  kartlegge om personen med demens hadde  smerter.  -At personene med demens ikke kunne gi  beskjed om at han eller hun hadde smerter  gjorde prosessen ekstra utfordrende  -Sykepleierne beskrev en komplisert  prosess hvor de så etter verbale og atferds  tegn, brukte kartleggingsskjema, så på  journaler, undersøkte endringer i miljøet  som endringer i været, støy og temperatur.  -Sykepleierne prøvde å skille mellom  følelsesmessig og fysisk ubehag  -sykepleierne sin ekspertise,  kommunikasjon med familien, relasjon til</p>	<p>Godkjent av The  vanderbilt university  institusjonal review  board.</p>	<p>Grad 1 i NSD.  God artikkel.  Bruken av sitat var  gjennomgående og  belyste tema på en  fin måte.</p>



			<p>legen og kjennskap til pasienten ble sett på som viktige faktorer for å vurdere om pasienten har smerter.</p> <p>-Sykepleierne hadde vanskeligheter med å balansere familiens ønsker med pasientens behov</p>		
<p><b>Artikkel 10:</b> Peisah Carmelle, Judith Weaver, Lisa Wong, Julie-Anne Strukovski 2014 Australia Clinical interventions in Aging «Silent and Suffering: a pilot study exploring gaps between theory and</p>	<p>Pilotstudie som brukte semistrukturerte individuelle intervju.</p>	<p>20 helsepersonell fra 15 sykehjem hvor 10 var autoriserte sykepleiere og 4 ledere.</p>	<p>-Alle brukte smertekartleggingsverktøy, som Abbey Pain charts og Pain Assessment in Advanced Dementia.</p> <p>-Kartleggingen ble gjennomført hver 3,6 og 12 mnd. Sjelden så ofte som behovet var.</p> <p>-Smerteutrop, ansiktsuttrykk, grimasjer, pannerynking og verbal uttrykk for smerte ble sett etter for å vurdere om pasienten hadde smerter.</p> <p>-vandring og rastløshet ble sett på som atferdsendringer relatert til smerter.</p>	<p>Godkjent av: Northern Sydney Local Health District Human Research Ethics Committee.</p>	<p>Grad 1 i NSD. God artikkel men samtidig litt annerledes da det er en pilotstudie for å undersøke behovet for videre forskning. Kategoriene i studien var satt på forhand.</p>

<p>practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities»</p>			<p>-Indikatorer på om smertestillende ikke ble gitt ble delt inn i Pasient faktorer, personal og system faktorer og andre faktorer.</p> <p>Pasient faktorer inkluderte når pasienten ikke kunne innta oral medikasjon, pasienten ikke lenger ga uttrykk for smerter, når pasienten nektet å ta i mot medisiner, når pasienten sov eller fikk bivirkninger.</p> <p>Personal og system faktorer inkluderte manglende kvalifisert personal, assistenter ikke gjenkjente smerteuttrykk.</p> <p>Andre faktorer inkluderte nøling med å gi opioider fra sykepleiere, leger og familien, enkelte sykepleier var tvilende til å gi selv om det var forordnet, slik medisin ble kun benyttet i palliativ pleie.</p> <p>-Alle bortsett fra ett sykehjem fikk undervisning om tema.</p> <p>-Ikke medikamentelle lindring ble nevnt som musikk, varmebehandling, massasje.</p>		
---	--	--	--	--	--

			-Variabel samhandling med annet helsepersonell blant annet utfordringer med relasjonen til legen.		
<p><b>Artikkel 11:</b></p> <p>Veal Felicity, Mackenzie Williams, Luke Berezncski, Elisabeth Cummings, Angys Thompson, Gregory Peterson, Tania Winzenberg</p> <p>2017</p> <p>Australia</p> <p>Elsevier inc.</p> <p>«Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care</p>	<p>Kvaliativ metode med semi-strukturerte intervju</p>	<p>23 deltagere hvor 18 var autoriserte sykepleiere og 5 ledere.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>-Alle sykepleierne mente at lindring av smerter var sentralt fro at pasientene skulle ha god livskvalitet.</p> <p>-Sykepleierne mente at god lindring av smerte kunne redusere atferds utfordringer, bedre arbeidsmiljøet og forbedre personalet sin motivasjon.</p> <p>-De fleste mente at de hadde god kunnskap innenfor tema men ønsket likevel et fokus på kompetanseheving</p> <p>-Barrierer for personer med demens var vansker med å identifisere smerter, pasientene motsette seg å ta medisin, demensatferd kan skjule smerte, pasientene kunne ikke gi beskjed om at de hadde smerter, vansker med å vurdere effekten av</p>	<p>Etisk godkjenning fra Tasmanian Social Science Human Research Ethics Committee. Informert samtykke fra deltagere.</p>	<p>Grad 1 i NSD.</p> <p>Artikkel er oversiktlig og god.</p> <p>Det er sammenlignet smertevurdering og behandling mellom pasienter med og uten demens noe som tydeliggjør hvilke utfordringer som er relatert til demens.</p>

<p>Facilities: An Australian Qualitative Study»</p>			<p>smertelindring, vansker med å administrere medisinen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-kommunikasjon barrierer mellom sykepleiere og leger ble satt til at legen ikke ville behandle pasienten, sykepleier sin mening ble ikke tatt på alvor, legen virket ikke engasjert, legen var uvillig til å prøve nye medikament, legen brukte lang tid på å sette i gang behandling.</li><li>-Sykepleierne brukte Abbey pain chart eller Faces scale chart.</li><li>-Kjennskap til pasienten ble sett på som sentralt for å vurdere smerter hos personer med demens</li><li>-Utfordringer med relasjonen mellom sykepleier og legen</li></ul>		
---	--	--	---	--	--