



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleiers erfaringer med å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens/Nurses' experiences of assessing and managing pain in patients with dementia.

95 og 64

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 31.03.22



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 31.03.22

Antall ord: 6699 ord

Sammendrag

Bakgrunn: Det er en økende forekomst av demens på verdensbasis. Demens fører svikt i ulike kognitive funksjoner, som verbal kommunikasjon. Dette hindrer rapportering av smerte, som kan føre til helsemessige komplikasjoner, og nevropsykiatriske symptomer som feilbehandles med antipsykotiske legemidler. Økt kunnskap blant sykepleiere er nødvendig for å sikre tilstrekkelig smertelindring.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer med å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens.

Metode: Litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Litteraturstudiens resultat viser at sykepleiere har ulik kompetanse og erfaring relatert til vurdering og lindring av smerter hos pasienter med demens. Sykepleiere erfarer usikkerhet i vurderingen av smerter. God tid og kjennskap til pasienten ga bedre smertevurdering, men var utfordrende å få til. Smertelindrende behandling ga utfordringer i forhold til etiske dilemma, bivirkninger av medikamenter og mangel på resept fra lege.

Konklusjon: Ettersom det er forventet at utbredelse av demens vil øke de neste årene, og siden smerte hos pasienter med demens er utbredt og kan føre til nevropsykiatriske symptomer og tilstander, er det ytterst viktig at sykepleieres kunnskapsbaserte praksis økes på dette området.

Nøkkelord: demens, smertevurdering, smertelindring, sykepleier, erfaringer,

Abstract

Background: The occurrence of dementia is increasing worldwide. Dementia causes failure in various cognitive functions, such as verbal communication. This prevents their ability to report pain, which may cause health complications, and neuropsychiatric symptoms which is mistreated with antipsychotics. Increased knowledge among nurses is necessary to ensure adequate pain relief.

Purpose: The aim of this review was to illuminate nurses' experiences in assessing and relieving pain in patients with dementia.

Methods: Literature review based on ten qualitative research studies.

Results: The results from this literature review reveal that nurses have different skills and experiences related to assessment and management of pain in patients with dementia. Nurses experience uncertainty when assessing pain. Enough time and knowing the patient improve the assessment of pain but was challenging to achieve. The treatment of pain presented challenges in relation to ethical dilemmas, side effects and lack of prescriptions from physicians.

Conclusion: Since the prevalence of dementia is expected to increase in the next couple of years, and since pain in dementia is common and can lead to neuropsychiatric symptoms and conditions, it is of the utmost importance that nurses gain knowledge in assessing and managing pain in this patient group.

Keywords: dementia, pain assessment, pain management, nurse, experience

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valgt tema	1
1.2	Hensikt	2
2.0	Metode	3
2.1	Datainnsamling	3
2.1.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	3
2.1.2	Søkestrategi	3
2.1.3	Litteratursøk	5
2.2	Kvalitet og etiske vurderinger	6
2.2.1	Kritisk vurdering	6
2.2.2	Etiske overveielser	6
2.3	Analyse.....	7
3.0	Resultat	8
3.1	Sykepleiers vurdering av smerter	8
3.2	Kjennskap til pasienten og behov for tid	9
3.3	Medikamentell smertelindring	10
3.4	Etiske dilemmaer i møte med pasient og pårørende	11
4.0	Diskusjon	12
4.1	Metodediskusjon	12
4.1.1	Forberedelse	12
4.1.2	Søkeprosessen	12
4.1.3	Kriterier	12
4.1.4	Kvalitet og etiske hensyn	13
4.2	Resultatdiskusjon	14
4.2.1	Atferdsendringer ved smerter.....	14
4.2.2	Smertebehandling.....	15
4.2.3	Sykepleierens erfaring og kompetanse.....	17
4.2.4	Kontinuitet i behandlingen.....	18
4.2.5	Tverrfaglig samarbeid	19
5.0	Konklusjon	21
5.1	Konsekvenser for praksis	21
5.2	Forslag til videre forskning	21
	Vedlegg 1: PICO-skjema	27
	Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	28
	Vedlegg 3: Utvelgelsesstrategi.....	30
	Vedlegg 4: Oversiktstabell.....	31
	Vedlegg 5: Sjekkliste (Artikkel 2)	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Det å vurdere og lindre smerter hos personer med demens er en utfordrende oppgave (Torvik og Bjøro 2014). Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer ulike deler av hjernen, og fører til svikt i kognitive funksjoner. De vanligste demenssykdommene er Alzheimer, vaskulær demens, frontotemporal demens og Lewy-legemer. Alle demenssykdommene er uhelbredelige og progredierende, noe som innebærer at sykdommen forverres over tid (Skovdahl og Berentsen 2014). Etter hvert som tilstanden utvikler seg, svekkes blant annet evnen til verbal kommunikasjon i den grad at personen ikke lenger kan formidle egen smerte med ord. Det å kunne rapportere smerte og gi nøyaktige beskrivelser angående intensitet og plassering er essensielt for å kunne motta tilstrekkelig smertelindrende behandling (Torvik og Bjøro 2014).

Det er høy forekomst av smerter blant personer med demens, og det antas at over halvparten lever med smerter. Årsakene bak smertene er flere, og lik den eldre befolkningen uten demens. Dette er blant annet muskel- og skjelettplager, kreftsykdom, infeksjoner og smerte som følge av andre komorbide lidelser (Helsedirektoratet 2019). Smerter hos den eldre befolkningen kan føre til redusert livskvalitet, samt en rekke helsemessige konsekvenser. Konsekvenser kan være redusert aktivitet, noe som kan skape en ond sirkel ved at dette igjen kan føre til smerter. Ved sykdom og sengeleie kan dette føre til forsinket mobilisering, noe som kan gi komplikasjoner som pneumoni og dyp venetrombose (Torvik og Bjøro 2014).

En review artikkel viser at det foreligger en alvorlig mangel på effektiv vurdering og behandling av smerter på tvers av ulike omsorgsmiljøer. Manglende evne til å uttrykke egen smerteopplevelse, fører til ubehandlede smerter. Dette kan trigge nevropsykiatriske symptomer og tilstander, som delirium, aggresjon og søvnvansker, noe som kan føre til at pasienter med demens feilmediseres med antipsykotiske legemidler, i stedet for smertelindrende. Smertelindrende behandling ved nevropsykiatriske symptomer har vist seg å både redusere disse symptomene, og bruken av antipsykotiske legemidler (Achterberg mfl. 2013).

Bruk av antipsykotiske legemidler kan føre til en dobbelt risiko for tidlig død hos personer med demens. Det er ikke bruken av antipsykotika i seg selv som øker risikoen, men på grunn av pasientens manglende evne til å rapportere effekt og bivirkninger av preparatet, dette kan føre til psykoser og delirium (Folkehelseinstituttet 2015).

I de yrkesetiske retningslinjer står det at «Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester» (Norsk sykepleierforbund 2019). Personer som ikke kan beskrive sin egen opplevelse av smerte er en sårbar gruppe, det er da nødvendig at sykepleier observerer og tolker deres smerter ved bruk av andre metoder (Torvik og Bjøro 2014). For å sikre en økende pasientgruppe en hensiktsmessig og tilstrekkelig smertebehandling, er det avgjørende å forbedre sykepleiers kompetanse i å vurdere og lindre smerter hos personer med demens. Dette kan gjøres ved å innhente erfaringer fra sykepleiere som behandler denne pasientgruppen.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleieres erfaringer med å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens.

2.0 Metode

I denne studien har vi benyttet litteraturstudie som metode. Dette innebærer at studiens resultat bygger på eksisterende forskning. I dette kapitlet beskriver vi konkret hvordan vi har gått frem for å lete etter og velge ut våre ti inkluderte forskningsartikler (Grønseth og Jerpseth 2019, 80-81).

2.1 Datainnsamling

Vi startet prosessen med å lese oss opp på temaet, og lage en plan for søket og utvelgelsen av artikler. Vi utførte flere usystematiske prøvesøk for å få oversikt over litteraturen rundt vårt tema. Det gjorde det lettere for oss å lage en presis hensikt, en god søkestrategi og kriterier for utvelgelsen.

2.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi startet med å danne kriterier for utvelgelsen av forskningsartikler. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene benyttes til å avgjøre om artiklene er relevante, og om de svarer på hensikten med vår studie (Grønseth og Jerpseth 2019, 89). Vi ønsket å belyse sykepleiers erfaringer med å vurdere og lindre smerter hos personer med demens. Artikler med kvalitativt forskningsdesign og sykepleier perspektiv var mest egnet til vår studie. Vi ønsket sykepleieres observasjoner, og valgte derfor å ekskludere fokus på spesifikke metoder for smertevurdering og smertelindring. For å lettere holde oversikt over kriteriene underveis i søkeprosessen, plasserte vi de inn i en oversikt, se tabell 1.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Sykepleiers erfaringer og observasjoner- Sykepleier perspektiv- Kvalitative forskningsdesign- Fagfellevurderte forskningsartikler- Skandinaviske språk og engelsk	<ul style="list-style-type: none">- Spesifikke metoder for smertevurdering og smertelindring- Eldre enn 10 år

2.1.2 Søkestrategi

Vår søkestrategi er basert på PICO-skjema. Dette går ut på at vi valgte ut aktuelle tekstord fra hensikten, og strukturerte de inn i skjemaets kategorier. Vi valgte også ut emneord vi

kunne benytte, disse er markert med skråstrek. Hver bokstav i PICO representerer en egen kategori. Dette gjorde vi med veiledning fra en bibliotekar (Nortvedt mfl. 2012, 58).

P står for populasjon eller pasientgruppe. Vi var interessert i diagnosen demens, derfor plasserte vi tekstordet dementia og emneordet Dementia/ her.

I står for intervensjon. Vi ønsket kunnskap om både smertevurdering og smertelindring. Her plasserte vi tekstordene pain assess* og pain relie*. Emneordene ble Pain Measurement/ og Pain Management/.

C benyttes når man vil sammenligne intervensjoner. Det var ikke vår hensikt, derfor har vi sett bort fra denne.

O representerer til den nye kunnskapen man leter etter (Grønseth og Jerpseth, 85-86). Vi ønsket sykepleiers erfaringer, men i stede for å bruke ett enkelt tekstord for å indikere dette, ble vi rådet av bibliotekar til å dele opp søkeordet nurs experience til tekstordene nurs* og experience*, for å så kombinere de på nytt i litteratursøket. Dette ville gi oss langt flere relevante treff.

Vi plasserte en trunkering (*) bak noen av tekstordene, det ville gi treff på flere varianter av ordet. Eksempelvis vil en trunkering bak tekstordet nurs gi treff på sammendrag som inneholder nurse og nursing (Nortvedt mfl. 2012, 56). Utfylt PICO-skjema er vedlagt oppgaven, se vedlegg 1.

Videre kombinerte vi søkeordene med de boolske operatorene AND og OR. De ble kombinert etter hvor de var plassert i PICO-skjemaet, med ett unntak. Normalt skal flere søkeord innenfor hver kategori kombineres med OR, for å få treff på sammendrag som inneholder et eller begge av ordene. Dette ble gjort i kategorien I som inneholdt to søkeord. Kategorien O inneholdt også to søkeord, men ble i stedet kombinert med AND ettersom begge søkeordene var viktig for konteksten. Deretter ble hver kategori kombinert med AND, slik at alle sammendrag i trefflisten skulle inneholde minst et ord fra hver kategori (Nortvedt mfl. 2012, 56). Vårt planlagte litteratursøk ville dermed se slik ut: Dementia AND (pain assess* OR pain relie*) AND (nurs* AND experience*).

2.1.3 Litteratursøk

Vi utførte litteratursøkene i de internasjonale databasene Ovid Medline, Ovid Nursing og Cinahl. Vi så på disse som relevante ettersom de inneholder sammendrag og referanser til artikler fra en mengde sykepleiefaglige tidsskrifter. Medline og Cinahl dekker også andre helsefaglige områder. Nedenfor beskriver vi hvordan vi utførte søk i hver database. Fullstendig søkehistorikk er vedlagt oppgaven, se vedlegg 2.

I Ovid Medline og Ovid Nursing ble søket utført på samme måte. Vi benyttet engelske tekstord, samt relevante emneord kombinert med OR, hver for seg. De ble deretter kombinert med AND eller OR underveis, ut fra vår søkestrategi. Søket ble dermed: Dementia AND (pain assess* or Pain Measurement/) OR (pain relie* or Pain Management/) AND nurs* AND experience*. Videre avgrenset vi søket ved bruk av *Additional Limits*, der valgte vi publiseringsår fra 2012 til *Current*, samt at vi valgte språkene norsk, svensk, dansk og engelsk. Dette resulterte i 56 treff i Ovid Medline og 25 treff i Ovid Nursing.

I Cinahl benyttet vi også søkefunksjonen *Advanced Search*, og søkte med engelske tekstord. Vi erfarte, etter flere prøvesøk, at søket i denne databasen ville resultere i flere relevante artikler dersom vi benyttet emneordene som tekstord og utelukket tekstordet experience*. Søket ble dermed: Dementia AND (pain assess* or pain measurement) OR (pain relie* or pain management) AND nurs*. Søket ble deretter avgrenset i Search Options, til de samme begrensningene i språk og publiseringsår som i Ovid Medline og Ovid Nursing. Dette resulterte i 112 treff i Cinahl.

Totalt fikk vi 193 treff i de tre databasene. Vi valgte å lagre trefflisten fra hver database, på den måten kunne vi systematisk benytte inklusjons- og eksklusjonskriteriene til å velge ut artikler i eget tempo. Vi identifiserte dubletter, samme artikler publisert flere ganger, og ekskluderte disse først. Deretter leste vi over alle titler, vi leste kun sammendrag til artikler som fanget interesse eller som vi usikre på om var aktuelle. Vi noterte ned antall artikler ut ifra hvilke kriterier vi benyttet for å ekskludere de. Basert på dette utformet vi en figur som beskriver prosessen, se vedlegg 3.

2.2 Kvalitet og etiske vurderinger

2.2.1 Kritisk vurdering

Aktuelle artikler som passerte inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre, ble kritisk vurdert ved hjelp av kvalitativ sjekklister. Dette er nødvendig for å vurdere studiens resultat, metodiske kvalitet, gyldighet og overførbarhet (Nortvedt mfl. 2012, 68). Sjekklisten vi benyttet er tilpasset kvalitative studier, og er hentet fra Helsebiblioteket (2016). Den stiller spørsmål rundt blant annet artiklens hensikt, metode, resultat og etikk, og besvares ved hjelp av *Ja*, *Nei* eller *Uklart*. Vi la fokus på at artiklene skulle ha en klar hensikt som best kunne besvares ved hjelp av kvalitativ metode. Eksempel på utfylt sjekklister er vedlagt oppgaven, se vedlegg 5.

2.2.2 Etiske overveielser

Ifølge Helsinkideklarasjonen (Forskningsetiske komiteene 2013), som fungerer som etiske retningslinjer innenfor forskning, skal behovet for ny kunnskap aldri forsvare at deltakere i forskningsstudier utsettes for unødvendig og ufrivillig risiko. Beskyttelse av sårbare grupper som f.eks. personer med demens står sentralt. Det er forskerens ansvar at disse retningslinjene blir overholdt, men forskningsetiske komiteer har et særlig ansvar for å kontrollere forskning. Alle studier skal forholde seg til de etiske retningslinjene, og studier som inneholder sensitive personopplysninger må godkjennes av etisk komite.

Artiklene vi inkluderte i vår studie har et sykepleieperspektiv. Sykepleiere er ikke regnet som en sårbar gruppe, men deres personopplysninger skal likevel anonymiseres, og informert samtykke skal innhentes. Dersom personopplysninger ikke er innhentet kan studien fritas fra godkjenning i etisk komite. Studien skal likevel forholde seg til etiske retningslinjer. Vi valgte å inkludere to artikler som ikke har blitt godkjent av etisk komite. Dette gjelder artikkel 5 og 7, de inneholder ikke personopplysninger, og er fritatt for godkjenningen. Begge artiklene har benyttet etiske retningslinjer underveis i forskningen.

Ifølge Christoffersen mfl. (2015, 45) skal forskeren ta hensyn til deltakernes selvbestemmelsesrett. Dette innebærer at deltakeren selv bestemmer om de ønsker å delta i studien, med et tydelig informert samtykke. Deltakeren skal også kunne trekke seg fra studien uten å måtte oppgi en begrunnelse. Dette skal heller ikke føre til ubehag eller

konsekvenser for tidligere deltaker. I alle våre inkluderte artikler, har forsker innhentet informert samtykke fra sine deltakere.

2.3 Analyse

Forskningsartiklene ble sammenfattet ved hjelp av Evans (2002) analysemodell. Den består av fire faser:

Den første fasen innebærer en datainnsamling (Evans 2002). I denne fasen samlet vi inn forskningsartikler som var relevante til å svare på studiens hensikt. Vi utarbeidet en søkestrategi ved hjelp av PICO-skjema, og satt kriterier for utvelgelsen ved hjelp av inklusjon- og eksklusjonskriterier. Deretter utførte vi litteratursøk i relevante databaser. Resultatene fra søket ble nøye vurdert opp mot kriteriene, og videre selektert gjennom kritisk vurdering. I fellesskap kom vi frem til ti kvalitative forskningsartikler som vi ønsket å inkludere i studien. Alle inkluderte artikler er satt opp i vedlagt oversiktstabell, se vedlegg 4.

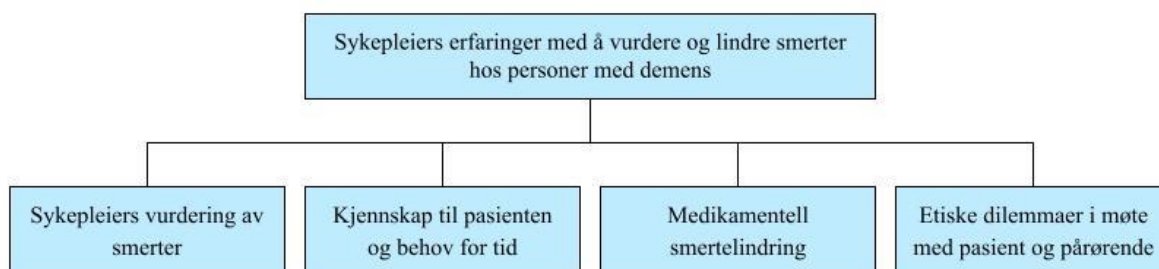
Den andre fasen innebærer en identifisering av nøkkelfunn (Evans 2002). I denne fasen ble alle artiklene lest nøye hver for oss, og lest flere ganger for å få en oversikt over innholdet. Alle artiklene ble nummerert fra 1-10, videre opprettet vi ti dokumenter vi begge hadde tilgang til, som inneholdt hver studies resultatdel. Vi fargekodet hvert funn som kunne svare på vår hensikt, og noterte nøkkelfunn og farge i et eget dokument underveis. Dette ga oversikt over de ulike funnene, og det var enkelt å gå tilbake i artiklene.

Den tredje fasen innebærer å identifisere hovedfunn (Evans 2002). I denne fasen ble nøkkelfunn sammenlignet på tvers av artiklene. Gjennomgående funn ble gruppert i fire hovedfunn. Vi gikk så gjennom likheter og ulikheter ved studiene, og noterte oss disse. Hovedfunn ble så satt opp i en oversikt med artikkelnummer, se vedlegg 6.

Den fjerde fasen innebærer en beskrivelse av hovedfunnene i litteraturstudien (Evans 2002). Vi benyttet dokumentet over hovedfunnene til å gå tilbake i artiklene for å formulere resultatdelen som presenteres i neste kapittel.

3.0 Resultat

I dette kapitlet skal vi se på funnene fra de ti forskningsartiklene som ble inkludert i denne litteraturstudien.



Figur 1: Hovedfunn

3.1 Sykepleiers vurdering av smerter

Det kom frem i flere av artiklene at atferdsendringer kunne være et tegn på psykiske eller fysiske ubehag og smerter hos pasienter med demens. Sykepleiere nevnte ulike atferdsendringer som kunne være tegn på smerte. Dette var rastløshet, økt aggresjon, endring i ansiktsuttrykk, engstelse, forvirring, tilbaketrekking, eller verbale uttrykk, som rop eller stønn (Brorson mfl. 2012, Fry, Chenowth og Arendts 2015, Gilmore-Bykovskiy og Bowers 2013, Karlsson mfl. 2014, Lundin og Godskesen 2021, Midtbust mfl. 2018, Minaya-Freire mfl. 2020, Monroe, Parish og Mion 2015). “If the care recipient shows a change in behaviour, such as anxiety, aggression or confusion, the teams reflect on possible reasons for the change...” (Karlsson mfl. 2014). På grunn av pasientens reduserte evne til å uttrykke seg verbalt, måtte sykepleierne observere pasientene for å finne årsaken (Karlsson mfl. 2014).

Noen av artiklene tok opp bruk av smertekartleggingsverktøy. Visuell Analog Skala (VAS) og Face Pain Scale (FPS) ble nevnt. Sykepleierne erfarte at det ikke var hensikt å bruke smertekartleggingsverktøy i vurderingen av smerter hos pasienter med demens. Dette kom av pasientens kognitive svekkelse som hindret pasienten i å svare adekvat på vurderingsspmålene (Lillekroken og Slettebø 2013, Fry, Chenowth og Arendts 2015, Karlsson mfl. 2014, Lundin og Godskesen 2021). “Nurses spoke of how they altered their pain assessment for patients depending on the level of cognitive impairment” (Karlsson mfl. 2014). Sykepleierne valgte å bruke fysiologiske parametere, som blodtrykk, puls og

respirasjonsfrekvens for å undersøke smerter. Respirasjonsfrekvensen ble spesielt vektlagt i denne vurderingen (Fry, Chenoweth og Arendts 2015).

Videre fremkom det i noen av artiklene at sykepleierne erfarte usikkerhet i tolkningen av smerteuttrykk, spesielt når det ikke var noen åpenbar årsak til smerter. I tillegg var det usikkerhet relatert til den reduserte evnen til å uttrykke seg verbalt, som igjen er relatert til kognitiv svikt (Karlsson mfl. 2014, Lundin og Godskesen 2021, Midtbust mfl. 2018, Monroe, Parish og Mion 2015). Smerteuttrykkene kunne ligne angst, noe som skapte større usikkerhet i både vurdering og behandling (Lundin og Goldesen 2021). “A common cause of uncertainty was when the cognitive impairment of dementia affected the person's ability to verbally express if they experienced pain, which becomes a barrier to assess if pain medication has achieved an optimal level of pain relief” (Lundin og Godskesen 2021).

3.2 Kjennskap til pasienten og behov for tid

I flere av artiklene fremkom det at sykepleierne erfarte at det var viktig å kjenne pasientene ved vurdering av smerter. For å skape en relasjon til pasientene så hentet sykepleierne tidligere historikk fra pårørende, i tillegg til at de etter hvert ble kjent med pasienten. Ved en sterk relasjon, kunne sykepleierne gjenkjenne hver enkelt pasient sine smerteuttrykk, samt at sykepleierne kunne lindre smertene (Karlsson mfl. 2014, Lundin og Godskesen 2021, Midtbust mfl. 2018, Minaya-Freire mfl. 2020, Monroe, Parish og Mion 2015). Noen av artiklene løftet frem viktigheten av kontinuitet i pleien. Når pasienter hadde et mindre antall sykepleiere å forholde seg til, kunne dette skape en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient (Karlsson mfl. 2014, Midtbust mfl. 2018).

“When assessing pain in people with dementia, time is a key component” (Karlsson mfl. 2014). I noen av artiklene kom det frem at sykepleierne var avhengig av tilstrekkelig tid i smertevurderingen. Sykepleierne opplevde en hektisk hverdag, og redusert tid førte til utilstrekkelig vurdering og behandling av smerter (De Witt Jansen mfl. 2016, Karlsson mfl. 2014, Lundin og Godskesen 2021, Minaya-Freire mfl. 2020). På grunn av den manglende forståelsen for smertevurdering hos pasienter med demens, var sykepleierne avhengig av å ha mer tid til å utføre vurderingen enn hva de hadde behov for hos pasienter uten kognitiv svikt (Karlsson mfl. 2014). Lundin og Godskesen (2021) beskrev i sin artikkel at underbemanning og stor arbeidsbelastning gjorde det utfordrende å vurdere smertene til pasienter med demens tilstrekkelig.

3.3 Medikamentell smertelindring

I noen av artiklene opplevde sykepleiere utfordringer relatert til smertelindring. Fysiologiske endringene og komorbiditet som følge av aldringsprosessen kunne begrense smertebehandlingen til pasienter med demens (Brorson mfl. 2012, Lillekroken og Slettebø 2013, Fry, Chenowth og Arendts 2015, Lundin og Godskesen 2021). Sykepleierne beskrev pasientene som mer utsatt for bivirkninger av smertelindrende medikamenter, samtidig ble pasientene beroliget av den. Sykepleierne mente det var bedre at pasientene sov fremfor at de opplevde smerter og engstelse (Brorson mfl. 2012). “...selecting analgesia for cognitively impaired persons was seen by nurses as a balancing act between alleviating pain and preserving cognitive function” (Karlsson mfl. 2014). Smertebehandlingen ble påvirket av komorbiditet og polyfarmasi, i tillegg har pasienter med demens hjerneorganiske skader som gjorde hjernen utsatt for overbelastning, og ved bruk av smertelindrende medikamenter ble hjernen ytterligere overbelastet. Dette førte til bivirkninger som kunne gjøre pasientenes symptombilde vanskeligere å tyde (Lillekroken og Slettebø 2013).

Sykepleierne erfarte i noen av artiklene at det var en utfordring å få forskrevet tilstrekkelig dose med smertelindrende medikamenter til pasienter med demens, noe som førte til utilstrekkelig behandling av smerter (Brorson mfl. 2012, Lillekroken og Slettebø 2013, De Witt Jansen mfl. 2016, Fry, Chenowth og Arendts 2015). Erfarne sykepleiere valgte å diskutere med legene når de ikke var enig i den forskrevne dosen, noe som kom av at sykepleierne følte et ansvar i å tale for pasientenes behov. Uerfarne sykepleiere lot være å diskutere med legene, da de var bekymret for at dette skulle gå utover pasientenes smertelindring. Diskusjonene måtte tas på bakgrunn av at legene ikke ville vurdere pasientenes smerter tilstrekkelig (Brorson mfl. 2012, De Witt Jansen mfl. 2016, Fry, Chenowth og Arendts 2015). “Some nurses felt that physicians were reluctant to conduct patient assessments and ignored requests for help with complex cases.” (De Witt Jansen mfl. 2016). Sykepleierne erfarte at legene heller ville seponere medikamenter, dette på bakgrunn av bivirkningene medikamentene kunne gi (Lillekroken og Slettebø 2013).

I en artikkel ble det beskrevet en prøv-og-feil metode. Denne gikk ut på å prøve seg frem for å finne ut hva som utløste atferdsendringene hos pasientene. Sykepleierne iverksatte både ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak for å få pasienten tilbake til sin normaltilstand. Et resultat av denne metoden var at pasientene som hadde smerter ofte fikk

forsinket smertebehandling. Målet med metoden var å få pasienten tilbake til normaltilstand med redusert bruk av medikamentell smertelindring (Gilmore-Bykovskyi og Bowers 2013).

3.4 Ethiske dilemmaer i møte med pasient og pårørende

I noen av artiklene erfarte sykepleierne etiske dilemmaer relatert til vurdering og lindring av smerter. Dette kom av den kognitive svekkelsen til pasienter med demens som førte til et utfordrende samarbeid med sykepleierne (Lillekroken og Slettebø 2013, De Witt Jansen mfl. 2016, Karlsson mfl. 2014, Midtbust mfl. 2018). Sykepleierne ønsket å lindre smertene til pasientene med demens, men ble avvist, noe som fikk sykepleierne til å føle seg hjelpeløse og rådville (Midtbust mfl. 2018). Sykepleierne erfarte at pasientene ikke kjente igjen sine egne medikamenter og dermed nektet å ta de (De Witt Jansen mfl. 2016). Dette gjorde at sykepleierne brukte tid på å overtale pasientene til å ta medikamenter, i tillegg til å forhindre at de ikke ble gitt med tvang (Lillekroken og Slettebø 2013). “Commonly experienced challenges with the administration of analgesia comprised patient refusal of pain relief...” (De Witt Jansen mfl. 2016).

Sykepleierne beskrev sine erfaringer med pårørende som todelt, på den ene siden var pårørende til stor hjelp ved å komme med opplysninger om pasientene, som hensiktsmessig i smertevurderingen (Karlsson mfl. 2014). På den andre siden opplevde sykepleierne pårørende som svært krevende i smertebehandlingen, da enkelte pårørende var kritiske til bruk av enkelte smertelindrende medikamenter (Lillekroken og Slettebø 2013, Lundin og Godskesen 2021, Midtbust mfl. 2018, Monroe, Parish og Mion 2015). De fleste pårørende ønsket at pasientene skulle få smertebehandling slik at pasientene var lindret for sine smerter (Lillekroken og Slettebø 2013, Lundin og Godskesen 2021). “Pårørende ønsket at mor eller far skal slippe å ha det vondt, samtidig som sykepleierne strev med å få pasientene til å ta imot smertelindrende medisiner” (Lillekroken og Slettebø 2013).

4.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi først studiens metodiske styrker og svakheter, før vi diskuterer resultatene i vår studie.

4.1 Metodediskusjon

4.1.1 Forberedelse

I forkant av datainnsamlingen leste vi oss opp på temaet og utførte flere prøvesøk. Vi anser dette som en styrke, da vi fikk en grunnleggende forståelse for temaet som vi tok med oss videre inn i planleggingen. En svakhet vi så i ettertid, var at vi ikke var like erfarne med litteratursøk på dette tidspunktet.

I planleggingen av søkestrategien vår fikk vi veiledning av bibliotekar. Vi fikk hjelp til å fylle ut PICO-skjemaet på en hensiktsmessig måte, samt tips til tekstord, emneord og bruk av trunkeringer. Dette anser vi som en styrke i vår studie, ettersom en bibliotekar har god erfaring med litteratursøk.

4.1.2 Søkeprosessen

Vi utførte litteratursøkene i tre sykepleiefaglige databaser anbefalt av bibliotekar. Det at vi benyttet flere og relevante databaser anser vi som en styrke i vår studie. Når vi benyttet den fullverdige søkestrategien vår i CINAHL fikk vi få treff på relevante artikler. Flere av artiklene omhandlet temaet, men svarte ikke godt til hensikten. Vi bestemte oss derfor for å fjerne avgrensning *Experience** i dette søket. Vi ser på dette som både en styrke og svakhet. En styrke ettersom det ga oss artikler som bedre kunne belyse studiens hensikt, men en svakhet ettersom dette ga oss veldig mange treff. Dette tok tid å gå gjennom, og kan ha ført til at vi har oversett gode artikler underveis. Dette var det eneste søket vi fjernet en avgrensning, noe vi anser som en mulig svakhet ettersom søket i Ovid Nursing kan ha blitt for avgrenset.

4.1.3 Kriterier

Hensikten med vår studie var å innhente sykepleieres erfaringer. Vi ser det derfor som en styrke at alle våre inkluderte artikler har et kvalitativt studiedesign. Dette studiedesignet er

det best egnede til å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser (Nortvedt mfl. 2012, 72).

Fire av ti forskningsartikler inkluderer både sykepleier perspektiv og helsefagarbeider perspektiv. Dette ser vi ikke som en svakhet, ettersom helsefagarbeidere ofte tilbringer mer tid sammen med pasientene, og er også som regel først ut til å observere endringer hos pasienten. En svakhet med dette er at artiklens resultatdel er uoversiktlige i forhold til hvilke funn som er sykepleiers erfaringer og hvilke som helsearbeiderne sine.

Vi ønsket å inkludere artikler skrevet på skandinaviske språk og engelsk. Dette er en styrke i vår litteraturstudie ettersom dette kunne gi oss flere relevante artikler.

Et av studiens kriterier var at artiklene skulle være publisert mellom 2012 og dags dato. Dette gjør studien relevant for nåværende praksis ved at vi har ekskludert eldre forskning, noe som er en styrke.

Vi tok ikke hensyn til land artiklene kom fra i vår utvalgelse, dette kan være en mulig svakhet. Våre inkluderte artikler kommer fra europeiske land, unntatt to studier fra USA og Australia. Vi tror landene artiklene kommer fra har lik sykepleiefaglig praksis som oss.

4.1.4 Kvalitet og etiske hensyn

Vi benyttet kvalitative sjekklister til å vurdere artiklens kvalitet. Det at vi benyttet sjekklister med bestemte spørsmål, egnet til våre artikler, ser vi på som en styrke. Vi vurderte grundig hver vår halvpart av de innsamlede artiklene, før vi så over den andres utfylte sjekklister. Vi ser på dette som en styrke ved at artiklens kvalitet ble dobbeltsjekket.

Etiske hensyn ble vektlagt i den kritiske vurderingen. At alle de inkluderte artiklene har tatt etiske retningslinjer i betraktning ser vi på som en styrke og nødvendighet i studien. Vi anser det ikke som en etisk svakhet at to av studiene ikke er godkjent av etisk komite. Dette fordi de er fritatt for godkjenningen fordi de ikke inneholder personopplysninger. En mulig svakhet med dette er at de to studiene ikke beskriver demografisk informasjon.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Atferdsendringer ved smerter

Et sentralt funn i vår litteraturstudie var at sykepleierne erfarte en usikkerhet med atferdsendringer hos pasienter med demens. Dette kom av at det kunne være vanskelig å tolke uttrykkene, og om det var smerter eller annet ubehag pasientene kjente på. Eller om det var en progresjon av sykdommen. Det er vanlig for pasienter med demens å oppleve smerter, og det antas at over halvparten med demens opplever smerter. Hos en pasient med demens kan smerteatferd være forandringer i ansiktsuttrykk, verbale utrop, kroppsbevegelser, aktivitetsmønster og mental status (Torvik og Bjørø 2014, 398). En utfordring med smerteatferd er at den kan oppfattes som progresjon av sykdommen gjennom uttrykkene (Helsedirektoratet 2019). Forskningsartikkelen til Simonsen og Helgesen (2021) viser samme funn.

Atferdsmessige og psykologiske symptomer er vanlig ved alle typer demens, men symptomene varierer hos den enkelte (Selbæk 2005). Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens kan komme av biologiske, psykologiske og sosiale årsaker, og over 90% av pasienter med demens opplever utvikling av dette sykdomsforløpet deres. For å tilnærme seg pasienter som opplever atferdsmessige og psykologiske symptomer er personsentrert omsorg og behandling en god måte (Helsedirektoratet 2019). Simonsen og Helgesen (2021) viser samme funn, og sier videre at måten man tilnærmer seg pasienter må tilpasses hver enkelt pasient.

Atferdsendringer hos pasienter med demens kan ha tre ulike innfallsvinkler, en reaksjon på behov som ikke blir møtt, en lært atferd eller at det kan forstås på grunn av økt sårbarhet og redusert toleranse for stress. Ved atferdsendringer som en reaksjon på umøtte behov, må man iverksette behandlingstiltak som imøtekommer behovene pasienten ikke føler blir møtt. Atferdsendringer som oppstår av lært atferd, pasienten endrer da atferden for å få oppmerksomhet. Atferdsendringer som kommer av økt sårbarhet på grunn av tapte hjerneceller og redusert toleranse for stress som et resultat av dette, dette kan komme av overstimulering (Rokstad 2019, 42-43). Innenfor den personsentrerte omsorgen så er all atferd meningsfull (Aldring og helse 2022b). Personsentrert omsorg innenfor sykepleie kan beskrives ved hjelp av VIPS-modellen, der V står for verdigrunnlaget, I for individuell

tilnærming, P for å ta pasientens perspektiv og S vektlegger et støttende sosialt miljø (Rokstad 2019, 29).

Sykepleierne i artiklene tok opp bruk av smertekartleggingsverktøy, de valgte å bruke fysiologiske mål istedenfor smertekartleggingsverktøy. For pasienter med en mild grad av demens er det mulig å spørre pasienten om smertene, og de klarer å svare pålitelig. For pasienter med moderat eller alvorlig demens kan ha problemer med å svare på grunn av den kognitive svekkelsen kan ha påvirket pasientens forståelse og verbal uttrykkelse (Torvik og Bjørø 2014, 397). For pasienter med moderat eller alvorlig demens kan man bruke observasjonsskjemaet MOBID-2 smerteskala, dette er et todelt skjema. Del 1 undersøker smerter fra muskler og skjelett, og del 2 undersøker smerter fra indre organer, hode og hud. Helsepersonell observerer pasienten med demens sin smerteatferd og smerteintensitet (Sandvik 2018). Funn i artikkelen til Sandvik og Husebø (2013) viser at denne er tilrettelagt for pasienter med demens. En annen måte å undersøke etter smerter er å bruke objektive mål, da disse endrer seg når pasienter har smerter eller ubehag (Stubberud 2016, 474).

4.2.2 Smertebehandling

Smertefølelsen er subjektiv, det vil si at det er kun pasienten som opplever smerten. Smerter er erfaringsbasert, dette vil si at man lærer hvilke konsekvenser og lindring som fungerer etter hvert som man opplever en ny type smerte, denne kunnskapen tar man med seg videre i livet. For pasienter med demens har på bakgrunn av deres reduserte forståelse for hva smerter er, og hvordan de skal lindre den, pasientene klarer heller ikke å beskrive smertene verbalt (Sandvik 2018). Pasienter med demens har ofte ubehandlede smerter og bruker mindre smertestillende, dette er et resultat av at det er vanskelig å vurdere symptomene til pasientene med demens (Stegen 2017, 26).

Smertebehandling ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak kan være stillingsendring, toalettbesøk, musikk eller tilstedeværelse av pleier eller pårørende (Sandvik 2018). Sykepleierne prøver seg frem ved å ta i bruk ulike tiltak for å se hva som fungerer for pasientene. Hovedmålet er alltid at pasienten skal komme tilbake til sin normaltilstand. Det anbefales alltid å prøve med ikke-medikamentelle tiltak ved oppstart av smertebehandling, eller i kombinasjon med medikamentelle tiltak (Torvik og Børjo 2014, 401). Sandvik og Rustøen (2020) viser samme funn i sin artikkel. Sykepleierne bruker da prøv-og-feil

metoden for å finne ut hvilke tiltak som fungerer og ikke fungerer for pasientene. Simonsen og Helgesen (2021) kalte denne metoden for «eliminajonsmetoden» i sin artikkel.

Smerteatferden til pasienter med demens er lik uttrykkene for både progresjon av sykdommen, men også for angst, dette fører til at pasienter får antidepressiva eller beroligende medikamenter istedenfor smertebehandling (Helsedirektoratet 2019). Simonsen og Helgesen (2021) beskriver i sin artikkel at bruk av beroligende medikamenter kan overskygge årsaken til atferdsendringen.

Artiklene tok opp problemstillingen ved komorbiditet, som betyr at pasientene har flere ulike lidelser eller sykdommer utover deres hoveddiagnose (Helsedirektoratet 2013). Artiklene tok også opp polyfarmasi som en problemstilling, polyfarmasi betyr at pasientene bruker mange medikamenter, som gir en økt risiko for interaksjoner, som betyr at medikamentene påvirker hverandre (Rognstad 2014). På bakgrunn av at pasientene har polyfarmasi på bakgrunn av komorbiditet så kan det være utfordrende å gi smertebehandling til pasientene da det kan oppstå interaksjoner mellom de ulike medikamentene pasientene bruker og eventuelle nye medikamenter.

Smertebehandling ved bruk av medikamentelle tiltak blir det i hovedsak brukt paracetamol, NSAID-preparater og opioder. Vi har i tillegg erfaringer med at det blir brukt smertepaster for denne pasientgruppen. Ved bruk av tablettar så kan det være utfordrende å få pasienten til å ta disse. Sykehjem kan ofte knuse medikamentene og blande i syltetøy, ved bruk av denne metoden må man være oppmerksom på at det må være skriftlig medisinsk indikasjon, og at det har et terapeutisk formål (Holm og Notevarp 2018, 235).

Sykepleierne erfarte en utfordring relatert til vurdering og lindring av smerter hos pasienter med demens, pasientene klarte ikke å samarbeide med sykepleierne som gjorde det vanskelig for sykepleierne å lindre smertene til pasientene. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund [NSF] 2019) har sykepleieren et ansvar for at å yte omsorgsfull hjelp, samt lindre lidelse ovenfor pasienter. Sykepleieren må huske på pasientens reduserte forståelse og kommunikasjonsevne (Torvik og Bjørø 2014, 397).

Ved smertebehandling til pasienter med demens, så er ikke alltid pårørende enig i behandlingen som blir valgt, men de ønsker ikke heller at pasientene skal oppleve smerter.

De yrkesetiske retningslinjene (NSF 2019) sier at ved en interessekonflikt mellom pasient og pårørende skal pasientens hensyn prioriteres. Om det er av pasientens interesse å få smertebehandling så skal sykepleieren tilstrebe dette. I §4-6 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) så kan helsepersonell gi behandling til pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, helsepersonellet skal da om mulig innhente informasjon fra pårørende om behandlingen er noe pasienten hadde ønsket.

4.2.3 Sykepleierens erfaring og kompetanse

Vi har erfart fra praksisfeltet at sykepleiere har ulik kompetanse og erfaringer, dette kommer av hvor lang erfaring hver enkelt har og om de klarer å holde seg faglig oppdaterte.

Sykepleiefaget er konstant under utvikling og ny kunnskap kommer hele tiden. Dette gjelder også innenfor vurdering og lindring av smerter hos pasienter med demens, det trengs tilstrekkelig kunnskap om grunnlaget for den kognitive svikte, hvilke funksjoner pasienten har og hvilke som er svekket, for å kunne vurdere og lindre smerter tilstrekkelig (Sandvik 2020). Sykepleierens rolle og dens funksjon er avgjørende for en god smertebehandling og det er innenfor sykepleierens moralske plikt å behandle smerter når disse oppstår hos en pasient (Sandvik og Rustøen 2020).

Sykepleiere skal holde seg oppdatert innenfor ny forskning og utvikling i sitt fagområde, og bidra til at kunnskapen anvendes i praksis. Samtidig at lederne er ansvarlig for at det skapes rom for fagutvikling (NSF 2019). For at pasientene skal kunne få tilstrekkelig behandling for sine sykdommer og lidelser er det viktig med kompetanse og kunnskap til sykepleiere, og helsepersonell generelt (Sandvik og Rustøen 2020).

Basert på egne erfaringer vet vi at det kan være utfordrende å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens, atferdsendringene kan være vanskelig å tyde, samt at det ikke alltid er første tanke at pasientene kan oppleve smerter. For å få til en bedre smertehåndtering kreves det en holdningsendring og bedre kunnskap hos sykepleiere (Sandvik og Rustøen 2020).

Som ferdigutdannet sykepleier så har man fått et grunnlag, som man skal videreutvikle i sin yrkesaktive karriere. Observasjonskompetanse og kunnskapsbasert praksis får man et

grunnlag i underveis i utdanningen, men erfaringsbasert kunnskap tilegner man seg etter hvert som man jobber med faget.

Observasjonskompetanse er viktig i sykepleiefaget, og spesielt med pasienter med demens, da denne pasientgruppen har nedsatt evne til å beskrive sine smerter, og ved hjelp av denne kan sykepleier oppdage, vurdere og lindre smerter raskt (Aldring og helse 2022a).

Observasjoner og undersøkelser av pasienter kan gjøres ved hjelp av smertekartleggingsverktøy, ABCDE, NEWS, SKUV.

Kunnskapsbasert praksis går ut på å tilegne seg kunnskap ved å løse ulike problemstillinger, ved bruk av forskning, der man vurderer forskningen man finner og anvender den etter pasientenes behov i praksis, og til slutt evaluerer man. Kunnskapsbasert praksis er tredelt, man trenger forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning for å danne kunnskapsbasert praksis. Man må holde seg faglig oppdatert, bruke kliniske erfaringer som man har opparbeidet seg og til slutt ta hensyn til pasienten (Nortvedt mfl. 2012).

Erfaringsbasert kunnskap er en grunnleggende del av sykepleiefaget, dette utvikles ved gjennom praktisering og refleksjon av tidligere erfaringer (Nortvedt mfl. 2012). Sykepleiere tilegner seg kunnskap basert på egne og andres erfaringer.

4.2.4 Kontinuitet i behandlingen

Vi har erfart at for å vurdere smerter hos pasienter med demens så må man ha tid til å kunne danne en relasjon, i tillegg til å vurdere smertene tilstrekkelig. Ved å skape en relasjon så føler pasientene seg sett og hørt av sykepleierne. Selbæk (2006) skriver at det er viktig med kontinuitet for pasienter med demens for at de ikke skal bli overvældet av engstelse.

En pasient vi har erfaring med sa en gang at de faste og kjente pleierne rundt pasienten var eneste tryggheten for den, dette på grunn av at alt som skjedde med pasienten var utrygt, da pasienten ikke visste hvor den var eller hvor familien var, pasienten uttrykte en fortvilelse over sin egen situasjon, pasienten merket da at det kognitive hadde forandret seg, men klarte ikke å uttrykke hva som hadde forandret seg.

Det er videre viktig at sykepleierne kjenner pasientene med demens slik at sykepleierne vet hva de ulike atferdsendringene kan være, for ulike atferdsendringer kan være ulike ubehag som pasientene med demens kjenner på, noe vi har erfaring med. Pasientene må få tid til å kunne uttrykke seg, og i tillegg må sykepleierne ha kunnskap om pasientenes vaner og livshistorie, og videre må observasjon og informasjon fra pårørende må brukes for å tolke den atferden som kan være utfordrende å forstå (Aldring og helse 2022b). Simonsen og Helgesen (2021) beskriver i sin forskningsartikkel hvordan man kan bruke pasientenes livshistorie til å skape en trygghet for pasientene med demens.

Kontinuitet er viktig innenfor pleie og omsorg, spesielt for pasienter med demens, dette kommer av at ved kontinuitet så blir pleierne på avdelingene godt kjent med pasientene, både livshistoriene og hva de ulike atferdsendringene kan tyde på. Kontinuitet kan være assosiert med høyere livskvalitet, bedre funksjon, lavere symptomnivå og til slutt en grad av tilfredshet som er høyere for pasienten (Helsedirektoratet 2013). For å skape en kontinuitet må ledelsen påse at det er kjente og faste pleiere rundt pasientene med demens, samt at bemanningen er tilstrekkelig for avdelingene og pasientene, har vi erfart. Og ved kontinuitet kan pleierne gi tilstrekkelig personsentrert omsorg til hver enkelt pasient, etter våre erfaringer. Personsentrert omsorg skal vi som helsepersonell tilstrebe hele tiden, men dette er letter å få til når man kjenner pasientene godt. Dette kan også forhindre at pasientene med demens med unødvendige smerter unødvendig lenge. Ved personsentrert omsorg så er det grunnleggende med oppfølging av lindrende behandling til pasienter med demens gjennom hele sykdomsforløpet (Helsedirektoratet 2019).

4.2.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner og faggrupper er viktig. Alle profesjoner og faggrupper har ulike kompetanse og ser ulikt på problemstillinger som de står ovenfor (Kvilhaugsvik og Husøy 2017). Basert på egne erfaringer så har vi sett at helsefagarbeiderne har ansvaret for den daglige omsorgen, sykepleierne har ansvar i å forebygge og behandle og legene har det overordnede ansvaret for pasientenes behandling. Siden profesjonene og faggruppene jobber rundt samme pasientene, men opplever pasientene forskjellig så kan de samarbeide tverrfaglig. Et tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner og faggrupper jobber tett sammen, det går ut på at profesjonene og faggruppene samarbeider om en felles oppgave. Sammen skaper de ny kunnskap av hverandres bidrag, og dette er noe de ikke kunne oppnådd hver for seg. Kunnskapen utvikles gjennom diskusjoner og

refleksjoner i et fellesskap blant de ulike tilnærmingen hos de ulike partene for pasientenes komplekse behov og hvilke tiltak og tjenester som kan utformes for å ivareta behovene (Willumsen 2016, 39).

De ulike faggruppene representerer hvert sitt fag og har ulike synspunkter på problemstillinger som oppstår (Willumsen 2016, 39). Sykepleierne blir et mellomledd mellom helsefagarbeiderne og legene, og har hovedansvar for den daglige behandlingen som pasientene får. Sykepleierne er lært til å gi personsentrert omsorg til pasienter, de har evner til å se, lytte og kommunisere med pasientene, samt forstå det usagte. I et tverrfaglig samarbeid vil sykepleieren komme med kompetanse og bidrag som vil støtte pasientens styrker, vilje og krefter for å ivareta sine egne grunnleggende behov (Mathisen 2016, 139). Innenfor smertelindring til pasienter med demens så kan det inkluderes flere profesjoner som fysioterapeut og ergoterapeut, samt at pårørende får delta i det tverrfaglige samarbeidet for at pasienten skal lindres tilstrekkelig. Sykepleieren har da hovedansvaret for å danne denne tverrfaglige gruppen, samt iverksette tiltakene som de ulike faggruppene kommer med (Husebø 2016, 491).

For å få til et tverrfaglig samarbeid forutsetter det at hver faggruppe er bevisst over egen kompetanse innenfor sin faggruppe, samt at man har kjennskap og forståelse for andre faggrupper sin kompetanse, på denne måten kan man ivareta pasientenes helhetlige behov (Willumsen 2016, 39). Om samarbeidet får utvikle seg så går samarbeidet over til et fellesfaglig samarbeid, da har faggruppene fått en felles kunnskap og forståelse for problemstillinger. Delegering er et viktig for samarbeidet og faggruppene har et fokus som er sterkt på felles mål og helhetssyn (Willumsen 2016, 40).

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleiers erfaring med å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens. Funn fra ti kvalitative artikler viser at sykepleiere opplever utfordringer med å vurdere smerter hos pasienter med demens. Sykepleierne opplevde usikkerhet om atferdsendringer kunne relateres til smerte, spesielt ved manglende årsaker bak smerten. Atferdsendringer kunne også være tegn på en progredierende sykdom eller psykiske ubehag. Nåværende smertekartleggingsverktøy var lite egnet i å vurdere smerter. Det ble utprøvd ulike tiltak, både ikke-medikamentelle og medikamentelle for å se hva som kunne lindre det ubehaget pasientene kjente på. Den medikamentelle smertelindringen innebærer utfordringer i forhold til bivirkninger og samarbeidet med leger. Sykepleierne hadde varierende grad av kompetanse og erfaring med å vurdere og lindre smerter hos pasienter med demens. Pårørende fungerer som både en ressurs, ved at de har viktige opplysninger om pasienten, og utfordring ved at de kunne hindre for smertebehandlingen. Det å ha god tid og kjennskap til pasienten var viktig for nøyaktig vurdering av smerte.

5.1 Konsekvenser for praksis

Det er viktig at sykepleieren ser både pasientene og pårørende i vurdering og lindring av smerter hos pasientene med demens, slik at pasientene som har smerter ikke blir oppdaget og går med underbehandlede smerter. Som vil føre til en smertefull opplevelse for pasientene.

5.2 Forslag til videre forskning

Det er per i dag ca. 80% av alle pasienter på sykehjem som har en demensdiagnose, og det er antatt at antallet kommer til å øke med årene, samt at demens er under konstant utvikling. Det er derfor behov for mer forskning innenfor demens, og spesielt med tanke på vurdering og lindring av smerter til denne pasientgruppen. Sykepleierens erfaringer, samt pasientene og pårørende er nyttige informasjonskilder for å jobbe videre med dette. Vi foreslår at sykepleierens kompetanse økes innenfor feltet. I tillegg kan man ta i bruk smertekartleggingsverktøy som passer for pasienter med demens.

Litteraturliste

Achterberg, Wilco P., Marjoleine J. C. Pieper, Annelore H. van Dalen-Kok, Margot W. M. de Waal, Bettina S. Husebø, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik J. A. Scherder og Anne Corbett. 2013. «Pain management in patients with dementia». *Clinical interventions in aging* 13 (8): 1471–1482. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>

Aldring og Helse. 2022a. «Klinisk observasjonskompetanse». Lest 05.03.2022
<https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/helse-og-sykdom/klinisk-observasjonskompetanse/>

Aldring og Helse. 2022b. “Personsentrert omsorg”. Lest 05.03.2022
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

Brorson, Hanna, Henrietta Plymoth, Karin Örmon og Ingrid Bolmsjö. 2014. “Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia”. *Pain Management Nursing* 15 (1): 315-323.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

Christofferen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015.
Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forlag.

De Witt Jansen, Bannin, Kevin Brazil, Peter Passmore, Hilary Buchanan, Doreen Maxwell, Sonja J. McIlpatrick, Sharon M. Morgan, Max Watson og Carole Parsons. 2017. “Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study”. *Journal of clinical nursing* 26 (9-10): 1234–1244.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet. 2021. «Demens». Oppdatert 22.02.21
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Folkehelseinstituttet. 2015. «Demens og bruk av antipsykotika – auka risiko for tidleg død?». Oppdatert 06.05.15.

<https://www.fhi.no/nyheter/2013/demens-og-bruk-av-antipsykotika--au/>

Forskningsetiske komiteene. 2013. “Helsinkideklarasjonen”. Oppdatert 07.02.19.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>

Fry, Margaret, Lynn Chenoweth og Glenn Arendts. 2016. "Assessment and Management of Acute Pain in the Older Person with Cognitive Impairment: A Qualitative Study".

International Emergency Nursing 24 (1): 54-60.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.003>

Gilmore-Bykovskiy, Andrea L. og Barbara J. Bowers. 2013. “Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia”. Research in Gerontological Nursing 6 (2): 127-138.

<https://dx.doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>

Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. Bacheloroppgaven i sykepleie. 1.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. 2013. “Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.”

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

Helsedirektoratet. 2019. «Nasjonal faglig retningslinjer for demens». Oppdatert 27.11.19.

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

Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistene.» Oppdatert 03.06.16.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Holm, Solrun og Jan Olav Notevarp. 2018. Klinisk legemiddelhåndtering. Bergen: Fagbokforlaget.

Husebø, Bettina S. 2016. "Lindrende demensomsorg." I Demensboka - lærebok for helse- og omsorgspersonell, redigert av Signe Tretteteig, 481-506. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Karlsson, Christina Elisabeth, Marie Ernsth Bravell, Kristina Ek og Ingrid Bergh. 2015. "Home Healthcare Teams' Assessments of Pain in Care Recipients Living with Dementia: A Swedish Exploratory Study". *International Journal of Older People Nursing* 10 (3): 190-200. <https://doi.org/10.1111/opn.12072>

Kvilhaugsvik, Bente og Gjertrud Husøy. 2017. "Må samarbeide mer på tvers." *Sykepleien* 105 (3): 64-67. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60913>

Lillekroken, Daniela og Åshild Slettebø. 2013. "Smertekartlegging Og Smertelindring Hos Pasienter Med Demens: Utfordringer Og Dilemmaer/PAIN ASSESSMENT AND PAIN MANAGEMENT IN PATIENT WITH DEMENTIA: CHALLENGES AND DILEMMAS". *Vård I Norden* 33 (3): 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

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

Mathisen, Jorunn. 2016. "Hva er sykepleie?" I *Grunnleggende kunnskap om klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 119-141. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Midtbust, May Helen, Rigmor Einang Alnes, Eva Gjengedal og Else Lykkeslet. 2018. "A Painful Experience of Limited Understanding: Healthcare Professionals' Experiences with Palliative Care of People with Severe Dementia in Norwegian Nursing Homes". *BMC Palliative Care* 17 (25): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0282-8>

Minaya-Freire, Alícia, Anna Ramon-Aribau, Gemma Pou-Pujol, Meritxell Fajula-Bonet og Mireia Subirana-Casacuberta. 2020. "Facilitators, barriers, and solutions in pain management for older adults with dementia". *Pain Management Nursing* 21 (6): 495-501. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>

Monroe, Todd B., Abby Parish og Lorraine C. Mion. 2015. «Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia». *Archives of Psychiatric Nursing* 29 (5): 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Norsk sykepleierforbund. 2019. “Yrkesetiske retningslinjer”. Oppdatert 2019. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Rognstad, Sture. 2014. “Mange legemidler til eldre - det er fali’, det” *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 134 (10): 1016. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0585>

Rokstad, Anne Marie Mork. 2019. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sandvik, Reidun Karin Norheim Myhre. 2018. *Palliativ demensomsorg*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Sandvik, Reidun Karin Norheim Myhre. 2020. “Slik vurderer du smerte hos pasienter med demens.” *Sykepleien* 20 (2): 92-99. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>

Sandvik, Reidun Karin Norheim Myhre og Tone Rustøen. 2020. “Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling.” *Sykepleien* 20 (2): 16-23. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601>

Selbæk, Geir. 2005. “Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.” *Tidsskriftet Den norske legeforening* 125 (10): 1500-1502. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2005--1500-2.pdf>

Selbæk, Geir. 2006. "Demens - behov for et kvalitetsløft." *Tidsskriftet Den norske legeförening* 126 (15): 1892. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--1892.pdf>

Simonsen, Marianne og Ann Karin Helgesen. 2021. "Utfordrende atferd hos personer med demens er krevende for sykepleiere." *Sykepleien* 109 (86889): e-86889. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2021.86889>

Stegen, Arild. 2017. Lindrende behandling, pleie og omsorg. Symptomlindring. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/H11_ABC_Geriatri_hefte_2017_WEB.pdf

Skovdahl, Kirsti og Vigdis Drivdal Berentsen. 2014. «Kognitiv svikt og demens.» I *Geriatrisk Sykepleie*, redigert av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff. 408-437. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, Dag Gunnar. 2016. "Sirkulasjon." I *Grunnleggende kunnskap om klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 440-490. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Torvik, Karin og Karen Bjørø. 2014. «Smerte.» I *Geriatrisk Sykepleie*, redigert av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff. 390-407. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Willumsen, Elisabeth. 2016. «Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren.» I *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*, redigert av Elisabeth Willumsen og Atle Ødegård, 33-52. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: PICO-skjema

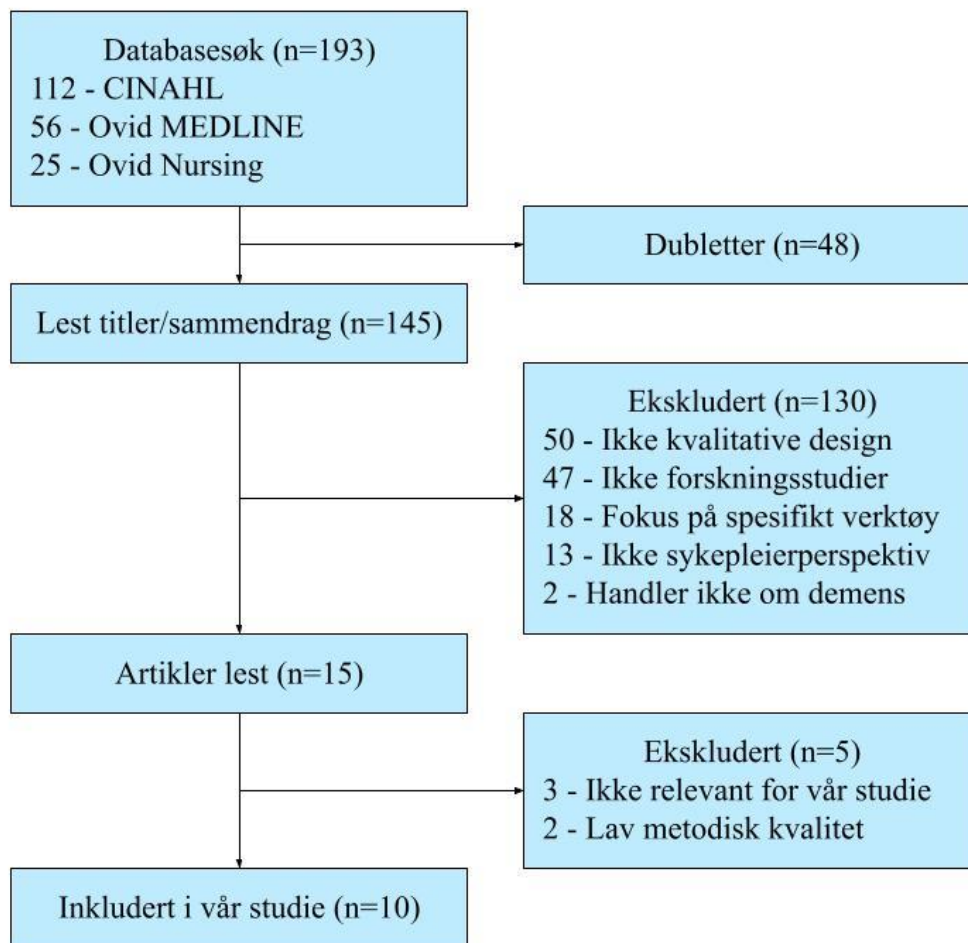
P	I	C	O
Dement*	Pain assessment OR Pain relief		Nurs* AND Experience*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

#	Søkeord	Resultat	
		Ovid MEDLINE	Ovid Nursing
1	Dementia/ or dementia	145 133	12 996
2	Pain Measurement/ or pain assess*	96 142	10 332
3	Pain Management/ or pain relie*	71 533	12 904
4	2 OR 3	152 220	20 062
5	1 AND 4	912	300
6	nurs*	778 809	587 613
7	5 AND 6	464	235
8	experience*	1 228 843	134 277
9	7 AND 8	89	43
10	Limit 9 to (yr="2012-current") and (danish or english or norwegian or swedish)	56	25
Sammendrag lest		33	11
Artikler lest		13	6
Inkludert i litteraturstudien		8	6

CINAHL				
Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkludert i litteraturstudien
dementia AND (pain assess* or pain measurement) AND (pain relie* or pain management) AND nurs* Limiters - Published date: 20120101-20220131; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	112	32	4	4

Vedlegg 3: Utvelgelsesstrategi



Vedlegg 4: Oversiktstabell

Artikkel 1	
Forfattere (år) Tittel Land Tidsskrift	Hanna Brorson, Henrietta Plymoth, Karin Örmon og Ingrid Bolmsjö (2012) “Pain Relief at the End of Life: Nurses’ Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia” Sverige Pain Management Nursing.
Hensikt	Beskrive sykepleieres erfaringer med smertelindring ved livets slutt hos personer med demens.
Metode/Instrument	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Intervjuguide bestående av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Innholdsanalyse med utgangspunkt i Burnard.
Deltagere/Frafall	7 kvinnelige sykepleiere ansatt ved én sykehusenhet Alder varierte fra 26 til 52 år, med 1 til 23 års erfaring fra demensomsorg. 2 sykepleiere valgte å ikke delta pga. stor arbeidsbelastning og mangel på tid.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte utfordringer med den smertelindrende behandlingen, vansker med å kommunisere med pasienten, vansker med å skaffe resept på smertelindrende medikamenter, i riktig dose og til riktig tid, uforutsigbar effekt av medikamentene og etiske dilemmaer i forhold til livsforlengende behandling. De beskrev fordeler med å kjenne pasienten og benytte “livshistorie” for å forstå pasientens behov, og viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid og ikke-medikamentelle tiltak. De erfarte en følelse av ro når pasienten var tilstrekkelig smertelindret.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 2	
Forfattere (år)	De Witt Jansen, Bannin, Kevin Brazil, Peter Passmore, Hilary
Tittel	Buchanan, Doreen Maxwell, Sonja J. McIlfatrick, Sharon M. Morgan,
Land	Max Watson og Carole Parsons (2017)
Tidsskrift	“Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study” Storbritannia. Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Utforske sykepleieres erfaringer med smertebehandling til personer med langtkommen demens ved livets slutt.
Metode/Instrument	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål. Tematisk analyse med utgangspunkt i Braun og Clarkes paradigme og NVivo programvare.
Deltagere/Frafall	24 sykepleiere, 23 kvinner og 1 mann, fra 3 Hospice, 2 akutt sykehus og ti sykehjem. Alder varierte fra 25 til 59 år, med 3 måneder til 34 års erfaring som sykepleier.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte utfordringer med å administrere smertelindrende, fordi pasienten manglet evne til å forstå hensikten med medikamentet og vansker med å finne god administrasjonsvei. Noen erfarte også utfordringer i samarbeid med lege der de opplevde mangel på resept og kommunikasjon. Noen opplevde mangel på kunnskap og praksis.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 3	
Forfattere (år)	Fry, Margaret, Lynn Chenoweth og Glenn Arendts (2016)
Tittel	“Assessment and Management of Acute Pain in the Older Person with Cognitive Impairment: A Qualitative Study”
Land	Australia
Tidsskrift	International Emergency Nursing
Hensikt	Forstå akuttsykepleieres erfaring med smertelindring til eldre personer med femurfraktur og kognitiv svikt.
Metode/Instrument	Kvalitative fokusgruppeintervjuer. Semistrukturert intervjuguide med 15 elementer. Tematisk analyse med utgangspunkt i Gibbs og konstruktivistisk paradigme, og NVivo programvare.
Deltagere/Frafall	80 sykepleiere, 67 kvinner og 13 menn, fra 2 akuttmottak. 67 kvinner og 13 menn, med gjennomsnittlig erfaring på 12,5 år.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte at tilstrekkelig smertelindring var etisk riktig og ga fordeler i den videre behandlingen. De uttrykte et behov kartleggingsverktøy egnet for pasienter med kognitiv svikt og demens. I kartleggingen av smerter benyttet de fysiologiske parametere for smerte, spesielt respirasjonsfrekvens, og erfaringer med grad av smerte etter tilstand, eks. hoftebrudd gir typisk sterke smerter hos alle pasienter. Videre erfarte sykepleierne at høy alder, komorbiditet og polyfarmasi gjorde smertelindringen utfordrende. Valg av dose mot potensialet for bivirkninger, som delirium, gjorde smertelindringen til en balansegang. De erfarte også utfordringer med å få forskrevet tilstrekkelige doser av legene.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 4	
Forfattere (år)	Gilmore-Bykovskiy, Andrea L. og Barbara J. Bowers (2013)
Tittel	“Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia”
Land	USA
Tidsskrift	Research in Gerontological Nursing
Hensikt	Undersøke hvordan sykepleiere tar beslutninger om farmakologisk smertebehandling hos personer med demens på sykehjem.
Metode/Instrument	Kvalitative dybdeintervjuer. Datainnsamling og analyse med utgangspunkt i Grounded Theory.
Deltagere/Frafall	13 helsepersonell, 10 sykepleiere og 3 helsefagarbeidere, fra 4 sykehjem.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte usikkerhet i smertevurderingen til personer med demens. Endringer i beboerens atferd ga mistanke om smerter, men smerter ble kun sett på som én av flere mulige årsaker til atferdsendringen. Dersom det var en åpenbar årsak til beboerens smerter, var sykepleierne tryggere på at smerter var årsaken til atferdsendringen, og smertelindrende behandling ble utført. Dersom det ikke var en åpenbar årsak til smertene, ble det gjort grundigere vurderinger, noe som ofte førte til forsinket behandling eller ingen behandling. Sykepleierne erfarte at de ofte måtte benytte prøv-og-feil-metoden med ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre beboerens ubehag.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 5	
Forfattere (år)	Karlsson, Christina Elisabeth, Marie Ernsth Bravell, Kristina Ek og Ingrid Bergh (2015)
Tittel	"Home Healthcare Teams' Assessments of Pain in Care Recipients
Land	Living with Dementia: A Swedish Exploratory Study"
Tidsskrift	Sverige International Journal of Older People Nursing
Hensikt	Utforske team i hjemmetjenesten sine erfaringer med smertevurdering hos personer med demens.
Metode/Instrument	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Intervjuguide bestående av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Fenomenologisk analyse med utgangspunkt i Gadammers hermeneutikk
Deltagere/Frafall	23 helsepersonell i alderen 25-65 år, fra 3 hjemmetjenester 13 sykepleiere, 11 kvinner og 2 menn, med 2-29 års erfaring, og 10 kvinnelige helsefagarbeidere, med 1-25 års erfaring. 8 sykepleiere og 10 helsefagarbeidere valgte å ikke delta.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte helsefagarbeidere som en viktig ressurs i smertelindringen, dette fordi de ofte kjente brukeren bedre. Samarbeid med brukeren tross demens diagnosen var viktig og etisk riktig. Sykepleierne beskrev 5 strategier: bruk av intervjuteknikk med enkle spørsmål, observere endringer i bevegelsesevne, observere endringer i atferd, benytte pårørende som ressurs og bruk av visuell smerteskala. De beskrev sistnevnte som lite egnet alene, men benyttet den ofte for å få et helhetlig bilde av smerteforløpet. Det å kjenne brukeren godt var essensielt for å kunne forstå deres smerteopplevelse, noe de gjorde dersom det var kontinuitet i omsorgen. Dette ble beskrevet som avgjørende for å kunne observere endringer over tid. Sykepleierne erfarte at mangel på tid gjorde smertevurderingen utfordrende.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Fritatt for godkjenning i etisk komite, ettersom det ikke er innhentet personopplysninger.

Artikkel 6	
Forfattere (år)	Lillekroken, Daniela og Åshild Slettebø (2013)
Tittel	“Smertekartlegging Og Smertelindring Hos Pasienter Med Demens:
Land	Utfordringer Og Dilemmaer/PAIN ASSESSMENT AND PAIN
Tidsskrift	MANAGEMENT IN PATIENT WITH DEMENTIA: CHALLENGES AND DILEMMAS” Norge Vård I Norden
Hensikt	Utforske sykepleieres erfaringer med smertevurdering og smertelindring hos personer med demens.
Metode/Instrument	Kvalitative fokusgruppeintervjuer. Semistrukturert intervjuguide, sammen med supplerende og utdypende spørsmål. Innholdsanalyse med utgangspunkt i Malterud.
Deltagere/Frafall	18 sykepleiere ansatt i geriatriske avdelinger ved to ulike sykehus. Alder varierte fra 24 til 61 år, med 3 til 35 års erfaring fra demensomsorg.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte at høy alder, komorbiditet og polyfarmasi hadde påvirkning på pasientens lave toleranse og bivirkninger av medikamenter, men at pasientene med demens hadde behov for tilstrekkelig smertelindring. Sykepleierne benyttet ikke formelle smertevurderingsverktøy og uttrykte behov for gode rutiner og kunnskap. De erfarte etiske dilemma i forhold til pasienter som ikke ønsker smertelindrende og pårørendes påvirkning i smertebehandlingen.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 7	
Forfattere (år)	Emma Lundin og Tove E. Godskesen (2021)
Tittel	“End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes”
Land	Sverige
Tidsskrift	BMC Nursing
Hensikt	Beskrive sykepleieres og helsefagarbeideres erfaringer med omsorg for personer med langtkommen demens og smerter ved livets slutt.
Metode/Instrument	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Intervjuguide bestående av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Tematisk innholdsanalyse.
Deltagere/Frafall	13 helsepersonell, 11 sykepleiere og 2 helsefagarbeidere, fra 12 sykehjem spesialisert innen demensomsorg. 10 kvinner og 3 menn i alderen 27-66, med erfaring fra 2 til 37 år. 34 sykehjem valgte å ikke delta pga. liten tid og stor arbeidsbelastning.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte utfordringer med å kartlegge smerter på grunn av beboerens manglende evne til å kommunisere verbalt. De erfarte også utfordringer med å utføre smertelindrende behandling av redsel for å overdosere. De beskrev videre at pårørende hadde både en positiv og negativ påvirkning på smertebehandlingen. Mangel på tid og kunnskap gjorde tilstrekkelig smertelindring utfordrende.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Fritatt for godkjenning i etisk komite, ettersom det ikke er innhentet personopplysninger.

Artikkel 8	
Forfattere (år)	Midtbust, May Helen, Rigmor Einang Alnes, Eva Gjengedal og Else
Tittel	Lykkeslet (2018)
Land	“A painful experience of limited understanding: healthcare
Tidsskrift	professionals’ experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes” Norge BMC Palliative Care
Hensikt	Utforske helsepersonells erfaringer med smerter i palliativ behandling til personer med langtkommen demens på sykehjem.
Metode/Instrument	Kvalitative dybdeintervjuer med Husserls fenomenologiske tilnærming. Semistrukturert intervjuguide. Fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi.
Deltagere/Frafall	20 helsepersonell, 13 sykepleiere og 7 helsefagarbeidere, fra 4 sykehjem. Alderen varierte fra 28 til 63 år, med 3- 4 års erfaring med personer med demens. Alle deltakerne var kvinner.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte utfordringer knyttet til smertekartlegging hos personer med demens. Erfaring og kunnskap om pasienten hadde gitt de evner til å observere smerter basert på pasientens atferd og non-verbale kommunikasjon. De erfarte likevel usikkerhet om deres tolkning var riktig, og måtte benytte prøv-og-feil-metoden for å forstå årsaken til smertene. Smertelindring før aktiviteter ble sett på som nødvendig. Det at pasienten fikk bli værende på avdelingen i kjente omgivelser og med kjent personell var essensielt i lindring av pasientens smerter. Samarbeid med pårørende var viktig, men pårørende kunne ofte påvirke omsorgen negativt. Dette førte til etiske dilemmaer rundt livsforlengende behandling og pasientens beste.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 9	
Forfattere (år) Tittel Land Tidsskrift	Minaya-Freire, Alícia, Anna Ramon-Aribau, Gemma Pou-Pujol, Meritxell Fajula-Bonet og Mireia Subirana-Casacuberta (2020) “Facilitators, barriers, and solutions in pain management for older adults with dementia” Spania Pain Management Nursing
Hensikt	Reflektere over og identifisere fordeler og ulemper i smertelindring til eldre personer med demens, og forslag til forbedring av praksis.
Metode/Instru- ment	Kvalitative fokusgruppeintervjuer. Spørreskjema bestående av åpne spørsmål. Narrativ analyse med utgangspunkt i Miles og Huberman.
Deltagere/Frafall	10 kvinnelige sykepleiere fra én geriatrisk akutenhet, med gjennomsnittlig erfaring på 15 år. 8 sykepleiere valgte å ikke delta.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte at tilpasning av smertevurderingen til pasientens tilstand, profesjonell erfaring og støtte fra primæromsorgen var fordeler i smertelindringen. Ulempene var pasientens utfordringer med å uttrykke smerte, at smerter ikke ble sett på som like viktig som andre vitale parametere, og mangel på tid og kunnskap. De foreslo at bruk av smertevurderingsverktøy og tilbud om kurs innen smertevurdering, smertebehandling, smerter ved demens og farmakologi kunne forbedre deres praksis.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Artikkel 10	
Forfattere (år)	Monroe, Todd B., Abby Parish og Lorraine C. Mion (2015)
Tittel	“Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia”
Land	USA
Tidsskrift	Archives of Psychiatric Nursing
Hensikt	Utforske sykepleieres erfaringer med å identifisere smerter og utføre smertelindrende behandling til personer med demens på sykehjem.
Metode/Instrument	Kvalitative fokusgruppeintervjuer. Semistrukturert intervjuguide bestående av åpne spørsmål. Kvalitativ analyse med scissor-and-sort teknikk
Deltagere/Frafall	29 sykepleiere fra 2 sykehjem.
Hovedfunn	Sykepleierne beskrev smertelindring til personer med demens som et komplisert puslespill. De beskrev viktigheten av å kjenne beboeren og det å benytte pårørende i vurderingen. De beskrev at de ofte er usikker på om beboeren har smerter, at smertevurderingen er kompleks, og utfordringer med å balansere pårørendes ønsker med beboerens behov.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Godkjent av etisk komite.

Vedlegg 5: Sjekkliste (Artikkel 2)

Del A: Innledende vurdering

1 Er formålet med studien klart formulert?

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studiens formål var å utforske palliativ-, akutt- og sykehjem sykepleieres erfaringer med smertebehandling for personer med langtkommen demens i sine siste levemåneder.

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

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studiens hensikt er kvalitativ ved at den ønsker å undersøke erfaringer.

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

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Det ble benyttet kvalitativ metode som er egnet for å besvare hensikten.

4 Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studien ønsket å inkludere sykepleiere med erfaring fra omsorg til personer med langtkommen demens i en palliativ fase. Utvalget består av 24 sykepleiere, fra tre hospice, to akuttpsykehus og ti sykehjem. Utvalget er egnet til å svare på hensikten.

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

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studien benyttet semistrukturerte, ansikt-til-ansikt-intervjuer. Det ble benyttet en intervjuguide som er utviklet etter gjennomgang av litteraturen og tilpasset studiens fokus. Dette er en hensiktsmessig måte å innhente erfaringer på.

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

Ja Nei Uklart

Kommentar:

En av forfatterne mottok midler fra tre ulike selskaper under studien, men ingen av selskapene hadde noen rolle i utviklingen, analysen eller rapporteringen i denne studien. De andre forfatterne har ingen interessekonflikt å erklære.

7 Er etiske forhold vurdert?

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studien synliggjør at de har vektlagt etiske retningslinjer gjennom hele forskningsprosessen. Deltakerne leverte informert samtykke i forkant av studien, og informert om at de kan trekke seg når som helst, uten å oppgi grunn. Etisk godkjenning ble gitt av Office for Research Ethics Committees Northern Ireland.

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

Ja Nei Uklart

Kommentar:

De beskriver detaljert sin fremgangsmåte i tolkningen og sammenfatningen av data.

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

Ja Nei Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja Nei Uklart

Kommentar:

Studiens resultat svarer på studiens hensikt. De har synliggjort troverdigheten til funnene ved diskusjon, og underbygget funn med flere relevante kilder.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Forfatterne har diskutert hvordan funnene kan overføres til praksis, samt hvilke populasjoner de er best egnet for. De har også beskrevet forslag til videre forskning.

Vedlegg 6: Hovedfunn og nøkkelfunn

Sykepleiers vurdering av smerte:

Smerteuttrykk: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Smertekartleggingsverktøy er uegnet: 2, 4, 6, 7

Usikkerhet i tolkning av smerter: 6, 7, 8, 10

Kjennskap til pasienten og behov for tid:

Kjennskap til pasienten: 6, 7, 8, 9, 10

Behov for tid: 3, 6, 7, 9

Medikamentell smertelindring:

Balanse mellom effekt og bivirkninger: 1, 2, 4, 7

Mangel på resepter: 1, 2, 3, 4, 5, 10

Etiske dilemmaer i møte med pasient og pårørende:

Pasient: 2, 3, 6, 8,

Pårørende: 2, 7, 8, 10