



Bacheloroppgave

SYH600 Sykepleie

Sykepleieres erfaring med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demens diagnose/Nurse's experiance in assessing and mapping pain in patiens with a dementia diagnosis

Kandidatnummer 16 og 21

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 17.03.2023



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 Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

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 godkjennelse.

Oppgaver 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: 30.01.2023

Antall ord: 7255

Sammendrag

Bakgrunn: Tallet på den eldre befolkningen øker, og bare i Norge er det per dags dato over 100 000 demensrammede. På sykehjem har over 80% av pasientene en demensdiagnose. Kommunikasjonsvansker, samt endret personlighet og væremåte er vanlig for denne pasientgruppen. Med en demensdiagnose følger det ofte med somatiske lidelser, og smerteproblematikk. Som sykepleier er det viktig å kunne oppdage smerter gjennom vurdering og kartlegging, da man hyppig vil møte på denne pasientgruppen i praksis.

Hensikt: Vår hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demensdiagnose på sykehjem.

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på 5 kvalitative og 3 kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Det er en uenighet blant sykepleiere når det kommer til bruken av kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos pasienter med demens. Avhengig av nok kompetanse blant sykepleiere for å kunne ta gode vurderinger, og at sykepleier kjenner pasienten godt. Kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om diagnosen er viktig for å vurdere pasientene.

Konklusjon: Litteraturstudien viser at det er utfordrende for sykepleiere å gjøre gode vurderinger av pasienter med demens. Det er viktig å sikre nok kunnskap og kompetanse rundt sykdommen, og tydeligere retningslinjer for systematisk bruk i praksis. Mange sykehjem bruker ikke kartleggingsverktøy, og derfor er det stor sannsynlighet for at mange pasienter med demens kan være underdiagnostiserte i forhold til smerter. Det er heller ikke alltid hensiktsmessig å bruke verktøy på denne pasientgruppen.

Nøkkelord: Demens, sykepleiere, sykehjem, smerte, vurdering, kartlegging

Abstract:

Background: The number of elderly people is increasing, and in Norway alone there are currently over 100 000 people with dementia. In nursing homes, over 80% of patients have a diagnosis of dementia. Communication difficulties, as well as changed personality and their way of being are common for this patient group. A diagnosis of dementia is often accompanied by somatic disorders and pain problems. As a nurse, it is important to be able to detect pain through assessment and mapping, as you will frequently encounter this group of patients in practice.

Purpose: Our purpose is to shed light on nurses experience with assessment and mapping of pain in patients with a diagnosis of dementia in nursing homes.

Method: Systematic literature study based on 5 qualitative and 3 quantitative research articles.

Result: There is a disagreement among nurses among the use of mapping tools to assess pain in patients with dementia. It's depending on sufficient competence among nurses to be able to make good assessments, and that nurses know the patient well. Communication skills and knowledge of the diagnosis are important for assessing the patients.

Conclusion: Our literature study shows that it is challenging for nurses to make good assessments of patients with dementia. It is important to ensure sufficient knowledge and expertise around the disease, and clear guidelines for systematic use in practice. Many nursing homes do not use mapping tools, and therefore there is a high probability that many patients with dementia are underdiagnoses in relation to pain. It is not always appropriate to use tools on this patient group.

Key words: Dementia, nurses, nursing homes, pain, assessment, mapping

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
2.0	Metode	3
2.1	Datainnsamling.....	3
2.2	Kriterier	3
2.3	PICO-skjema	4
2.4	Søkestrategi	4
2.5	Kvalitetsvurdering	5
2.6	Etiske overveielser	6
2.7	Analyse.....	6
3.0	Resultat	8
3.1	Uenighet om bruken av kartleggingsverktøy	9
3.2	Vurdering av smerte er en utfordring	11
3.3	Atferd som kommunikasjonsuttrykk	12
4.0	Diskusjon	14
4.1	Metodediskusjon	14
4.2	Resultatdiskusjon.....	17
4.2.1	Uenighet om bruken av kartleggingsverktøy	17
4.2.2	Vurdering av smerte er en utfordring.....	18
4.2.3	Atferd som kommunikasjonsuttrykk.....	21
5.0	Konklusjon	23
5.1	Konsekvenser for praksis	23
5.2	Forslag til videre forskning	23

Litteraturliste

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversikt over artikler

Vedlegg 4: Kvalitativ sjekklister

1.0 Innledning

Tall hentet fra 2020 viser en forekomst på 100 000 demens rammede i Norge. Man kan med disse tallene, en økende eldre befolkning, samt demensrammede i verdensbildet, tenke seg til den totale forekomsten (Helsedirektoratet 2022). Den eldre befolkningen blir både eldre og større. Dette vil da føre til at flere eldre ender opp med en demensdiagnose, da man i høy alder øker risiko for utvikling av diagnosen. Demens er en diagnose som også kan ramme yngre, men er vanligst at utvikler seg hos eldre (Dietrichs 2020, 487). Det er ifølge Helsedirektoratet (2022) omtrent 80% av pasienter på ulike avdelinger på sykehjem med en demensdiagnose.

Demens er en diagnose som kan deles inn i flere undergrupper. Lewy-legeme demens kjennetegnes med psykiske forandringer i en alvorlig grad, som varierer fra dag til dag. Pasienten opplever ofte Parkinsons symptomer. Frontotemporal demens skader cellene i fremre del av hjernen, og er blant annet forbundet med mer ukritisk atferd. Noen utvikler en vaskulær demens som oppstår som følge av svikt i blodforsyningen til hjernen. Diagnosen opptrer ofte etter infarkt eller små embolier plassert i hjernen. De fleste tilfeller av alvorlig demens skyldes Alzheimers sykdom der hjerneceller i nerveceller til pasienten går tapt gjennom flere år, og gradvis utvikler seg til en demensdiagnose (Dietrichs 2020, 487).

Diagnosen blir omtalt som en paraplybetegnelse på sykdommer som vil påvirke flere og ulike deler av hjernens funksjoner. Felles for de ulike typene demens, er at de alle er progredierende, samt at vedkommende som rammes av sykdommen utvikler en dårligere og dårligere funksjon. Felles for sykdomsforløpet er at de til slutt vil bli helt avhengige av hjelp. De fleste som har en demensdiagnose, har tilleggsdiagnoser som kan føre til funksjonsnedsettelse og nedsatt livskvalitet (Skovdahl og Berentsen 2016, 411).

Svikt i hukommelse og utvikling av en kognitiv svikt er vanlige tilstander som opptrer i symptombildet for mennesker med demens. Dette gjør at for denne pasientgruppen blir vanlige gjøremål, kommunikasjon, kritisk tenkning og utøvelse av grunnleggende behov svekket og nedsatt (Helsedirektoratet 2022). Mennesker med demens omtales som en sårbar gruppe, som vil ha behov for ekstra tilrettelegging og oppfølging for å greie å

håndtere sin egen sykdomsutvikling. «Personer med demens er gjerne de vi kaller «svake etterspørrere etter tjenester», og de ber ofte i liten grad selv om den hjelpen de kan ha behov for» (Helsedirektoratet 2022).

Smerte er en subjektiv opplevelse, og hvert enkelt individ opplever smerte ulikt uavhengig av situasjon og diagnose. Det beskrives som en emosjonell, sensorisk og sammensatt opplevelse (Torvik og Bjørø 2016, 390). Torvik og Bjørø (2016, 397-398) sier også at eldre mennesker med demens bosatt på sykehjem er svært utsatt for en lite hensiktsmessig og en mangelfull smertevurdering. Achterberg mfl. (2013) har publisert en review artikkel der det også beskrives at det fortsatt er minimal effektivisering på god og tilstrekkelig vurdering av smerter. Dette på tross at de anslår at 35 millioner mennesker lever med en demensdiagnose i verden, og at 50% lever med underdiagnostisert smerte fordelt i ulike omsorgsmiljø.

Dette er noe vi som fremtidige sykepleiere synes er et viktig tema og område å ha nok kunnskap om. Det er en stor sannsynlighet for at man vil møte på denne pasientgruppen uansett hvor man jobber som fremtidige sykepleiere, og derfor ser vi viktigheten av å belyse sykepleieres erfaring rundt dette praksisfeltet.

1.1 Hensikt

Med vår litteraturstudie ønsker vi å belyse hvordan man som sykepleiere på et sykehjem kan vurdere og kartlegge smerter hos en pasient med en demensdiagnose.

2.0 Metode

Litteraturstudien består av relevante søk i databaser basert på ulike søkeord. Selve søkeprosessen beskrives lengre ned i kapittelet. Hensikten med systematiske søk er å finne svar på hensikten vår, der vi underveis i søkeprosessen samler inn relevant litteratur, foretar en selvstendig kritisk vurdering med sjekklister, og til slutt presenterer en sammenfatning av funn (Grønseth og Jerpseth 2019, 80-82).

2.1 Datainnsamling

Vår datainnsamling foregikk i perioden januar 2023. Selve datainnsamlingen er listet opp og beskrevet punktvis i kapitlene nedenfor.

2.2 Kriterier

Vi har valgt å sette opp inklusjon- og eksklusjons kriterier, for å enklere skille ut fagstoff i søkeprosessen. Man kan se i oversikten over inklusjonskriterier at vi har valgt noe unntak på valg av artikler og årstall pga faglig relevans for vår hensikt. Dette beskrives i kapittel 4.1.

Inklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv, egne erfaringer fra feltet
- Demente på sykehjem
- Vurdering og kartlegging av smerte
- Kvalitative studier og kvantitative studier
- Demens
- Artikler publisert fra 2010
- Artikler skrevet på norsk og engelsk

Eksklusjonskriterier:

- Sykehus og hjemmeboende
- Pasient- og pårørendeperspektiv

2.3 PICO-skjema

Vi satt opp et PICO-skjema som et hjelpemiddel i søkeprosessen. Dette for å sikre en god struktur i litteraturstudiet, samt gjøre det enklere å foreta en kritisk vurdering basert på søkene vi foretok. Skjemaet har til hensikt å formulere gode søkeord med riktig relevans, og håndterer inklusjon og eksklusjon av søkeord på en enklere måte (Helsebiblioteket 2021).

I litteraturstudiet er det organisert søkeord fra hensikten i et PIO-skjema. Vi konkluderte med at «C» (Comparison) ikke var relevant for hensikten vår. I skjemaet blir «P» (Population/problem) relatert til pasientgruppen med demens på sykehjem. Bokstaven «I» (Intervention) har vi implementert sykepleiere som perspektivet problemet dreier seg om. «O» (Outcome) inneholder hva vi ønsker som utfall i søkene våre. Her ønsket vi fokus på smertevurdering og kartlegging, da vi opplevde i søk at ordene oppstår som synonymer for hverandre. I tillegg mener vi at vurdering og kartlegging hører sammen i et sykepleieperspektiv. Se vedlegg 1.

2.4 Søkestrategi

Vi har foretatt systematiske søk i databasene “ORIA” og “CINAHL”. En inkludert artikkel ble funnet basert på et manuelt søk i Google Scholar. Beskrivelse av det manuelle søket finnes under kapittel 4.1.

Ved søk i databasene benyttes feltet «avansert søk». Vi brukte våre egne nøkkelord som var organisert i PIO-skjemaet, og fikk ved noen tilfeller resultater basert på synonymer av vårt originale søkeord. Søkene vi foretok var både på engelsk og norsk.

Vi brukte trankingstegnet «*» bak «demen*», da man kan få opp flere treff både på demens og dement. I databasen ORIA erfarte vi at det ikke var mulig å bruke «*» bak «demen». Da søkte vi på demens eller dement/dementia. Videre brukte vi søkeordene sykehjem/nursing homes. Ved et søk i CINAHL kom det opp synonymer og forslag når vi søkte på «nursing homes». Da ble søket gjort om til «nursing homes» OR «Care homes» OR «Longterm care» OR «Residential care» OR «Aged care facility»

Videre brukte vi søkeord som sykepleier(e)/nurse(s), sykepleie/nursing, kvalitativ studie/qualitative study, smertevurdering/pain assessment, smerte/pain og smertekartlegging/pain mapping. Se vedlegg 2 for utfyllende søkehistorikk og treff.

Vi har listet opp søkeordene både på norsk og engelsk da vi hovedsakelig søkte på norsk i ORIA. Ved noen unntak ble søkene utført på engelsk. I CINAHL foregikk alle søk på engelsk. Noen ord ble også lagt til i vårt PIO-skjema underveis, da vi som nevnt ofte fikk opp synonymer ved søk på engelsk. Dette gjorde arbeidet enklere for å finne relevant forskning.

Søkeprosessen foregikk systematisk og effektiv ved å implementere boolske operatører som «AND» og «OR» («OG», «ELLER»). Dette for å binde søkeord sammen for et mer relevant og tilfredsstillende søkeresultat. Når vi plasserte «AND» eller «OG» mellom søkeordene kom det opp flere relevante artikler for litteraturstudiets hensikt. Når man benytter seg av «ELLER»/ «OR» får man opp artikler kun basert på egne søkeord. Vi lærte av bibliotekaren at «AND» vil være med på å begrense søkene, i motsetning til bruken av «OR» som gjør søkene større og mer omfattende.

Vi benyttet oss av oppsatte inklusjonskriterier når vi foretok søk. Se kapittel 2.2. Ved å foreta ulike prøvesøk finner man strategisk ut hvilke ord som fungerer å bruke, samt hva som gir lite resultater eller må elimineres. Vi benyttet oss av artikler skrevet på norsk og engelsk språk.

2.5 Kvalitetsvurdering

Vi sjekket hver enkelt artikkel opp mot en sjekklister fra Helsebiblioteket før den ble inkludert i litteraturstudiet. For seks av artiklene benyttet vi sjekklisten «Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie». For de to kvantitative artiklene ble «Checklist for analytical cross sectional studies» benyttet (Helsebiblioteket 2021). Vi krysset av for «JA», «NEI» eller «UKLART», og fylte inn utdypende svar i kommentarfelt. Vi oppnådde kun «JA» som resultat på samtlige artikler, og konkluderte derfor med at dette var gode forskningsartikler. Vi sjekket at alle artikler var fagfellevurderte og inneholdt «Sammendrag/Abstract». Se vedlegg 4 for utfylt sjekklister.

I tillegg til sjekklister ønsket vi å sjekke opp at alle tidsskrift som artiklene var publiserte i, var godkjente tidsskrift. Vi søkte opp tidsskriftene i Kanalregisteret, som er en oversikt over alle vitenskapelige publiseringskanaler. Alle våre inkluderte artikler og tidsskrift bortsett fra en, var registrert til nivå 1 og 2, som betyr at de er godkjente og fagfellevurderte (Kanalregister 2023). Vi brukte kvalitativ sjekklister på artikkelen der

tidsskriftet var registrert til nivå 0, og valgte at vi kunne stole på denne da vi fikk «JA» på alle spørsmål.

2.6 Ethiske overveielser

Når man foretar undersøkelser og forskning som inkluderer andre mennesker underveis, er det viktig at dette blir lagt frem på en respektfull måte. Mennesker som blir intervjuet skal føle seg trygge og ivaretatt, og det stiller også krav til intervjuerne (Grønseth og Jerpseth 2019, 90-91). Da litteraturstudiet dreier seg om pasienter med en demens diagnose, må vi huske på at dette er en sårbar pasientgruppe. Dette fører ofte med seg at pasientene ikke er samtykkekompetente, noe som må tas hensyn til. Dette fører til at man også kan bli avhengig av et godt og respektfullt samarbeid også med pårørende (Pedersen 2020, 74-77). Selv om vi har egne erfaringer fra praksis, er vi oppmerksomme på å ikke la dette påvirke resultatet i litteraturstudiet vårt.

Alle artikler skal være godkjente hos en forskningsetisk komite i landene forskningen foregår. Dette for å sikre at studiet omhandler data korrekt da det er sensitive personopplysninger som blir delt frem (Grønseth og Jerpseth 2019, 90-91). Alle artiklene vi har funnet og implementert i vår studie, er godkjente hos slike etiske komiteer.

Samtykke er viktig når man skal foreta studier. Alle deltakere i våre artikler har gitt samtykke til å delta. Både ansatte på sykehjemmene, men også pårørende/pasienter selv. I noen av artiklene informeres det også om muligheten for å trekke seg fra studiet underveis, uten at det skal føre til noen konsekvenser. All data ble anonymisert, da det ikke skal være noe mulighet for å kjenne igjen de som blir intervjuet/deltar.

I tillegg opplyses det i de fleste artiklene at data blir låst inne og destruert etter endt studiet. Dette for å sikre og opprettholde en anonymisering og at data ikke kommer på avveie. Basert på disse punktene konkluderte vi at artiklene våre hadde gode etiske overveielser.

2.7 Analyse

I analyseprosessen valgte vi å benytte oss av metoden til Evans (2002). Vi valgte denne metoden da vi følte denne passet best i synteseringen av artiklene. Nedenfor beskrives de

ulike fasene i metoden: «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» (Evans 2002).

1. Innsamling av data:

Denne prosessen foregikk ved systematiske søk for å finne relevant forskning til litteraturstudiet (Evans 2002, 25). Her søkte vi i relevante databaser, og manuelle søk. Når vi fant forskningen vi ønsket å inkludere gikk vi kritisk gjennom artiklene og vurderte de i sjekklister. I dette steget kan også artikler bli ekskluderte. Basert på resultat i sjekklister og kvalitet plasserte vi til slutt de utvalgte artiklene i tabeller for å lage en god oversikt. Dette ligger i vedlegg 3.

2. Identifisering av nøkkelfunn i studiene:

Her leser vi systematisk gjennom artiklene våre hver for oss, og markerer relevante funn. Vi går også gjennom artiklene sammen, for å styrke funnene våre. Vi noterer underveis for å enklere holde god oversikt. Gjennom denne prosessen tenker vi også gjennom hvilke resultat som går igjen i studiene (Evans 2002, 25).

3. Relatere temaer på tvers av studier:

Her ønsker vi å se etter felles temaer og funn i de ulike studiene. Man kan her se at noen studier har flere like resultat og funn enn andre basert på vår hensikt. Her sorterer vi funnene våre, og finner ut hva vi kan presentere som tema, og eventuelle undertema under der igjen. Se eksempel figur under resultat 3.0. Det kan både være positive og negative funn som kan settes opp mot hverandre, noe som kan være med på å styrke litteraturstudiet (Evans 2002, 25).

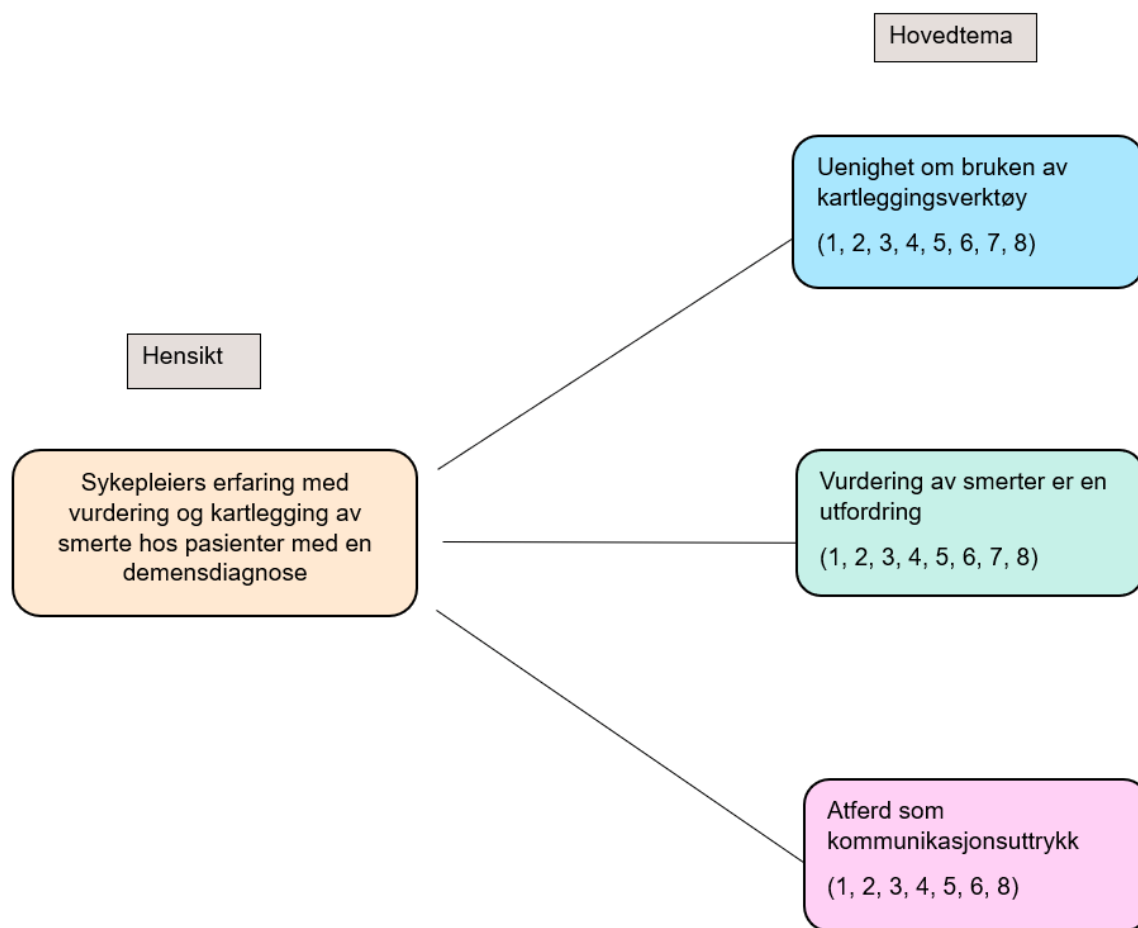
4. Sammenfatting og presentasjon av temaer:

Funnene skal beskrives og slås sammen. Funnene settes opp i overskrifter som skal presenteres i resultat delen av oppgaven. Her skal det oppgis referanse fra artiklene når resultatene presenteres. Det kan også dras inn sitater for å styrke funnene vi har gjort (Evans 2002, 25).

3.0 Resultat

Vår hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demensdiagnose på sykehjem.

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene våre basert på 8 ulike forskningsartikler. I analysen fant vi tre store temaer som vi ønsker å legge frem. Disse er igjen delt opp i egne undertemaer. Her velger vi også å dra inn direkte sitat fra noen av artiklene for å enklere vise frem og styrke resultatfunn.



Figur 1. Oversikt over hensikt, hovedtema og artikler fra våre 8 forskningsartikler.

3.1 Uenighet om bruken av kartleggingsverktøy

Lite i bruk

Det er uenigheter om det er hensiktsmessig eller ikke å bruke kartleggingsverktøy som hjelpemiddel i vurderingen av smerte hos demens rammede. Det gikk igjen at sykepleiere rapporterer om at kartleggingsverktøy på sykehjemmene var lite i bruk eller aldri (Lillekroken og Slettebø 2013, Simonsen og Helgesen 2020, Larsen og Knudsen 2013). En sykepleier sier:

«Vi har nok ikke noe slikt verktøy som vi bruker her på post i utgangspunktet. Det kan godt hende at legene har noe, som de bruker når de går og snakker med pasienten, men ikke vi sykepleiere.. som tar fram helt naturlig å bruker. Det gjør vi ikke» (Lillekroken og Slettebø 2013).

Det kommer frem at sykepleiere savner kunnskap om smertekartleggingsverktøy generelt, men at de også var i tvil om det kunne brukes for pasientgruppen med demens (Lillekroken og Slettebø 2013). Det var imidlertid noen som mente at man kunne bruke VAS-skalaen fra 0-10 uavhengig av graden på kognitiv svikt hos denne pasientgruppen. En sykepleier sier:

«Det hender at vi er inspirert og at vi slenger med en skala fra 0 til 10, så sier pasienten... hvis han kan svare på noe, da..» (Lillekroken og Slettebø 2013).

Det kommer også frem at det ikke brukes kartleggingsverktøy systematisk, men at noen tar frem et kartleggingsverktøy dersom de føler de ikke greier å finne ut av oppførselen til pasienten og hva som er problemet. For eksempel smerter (Simonsen og Helgesen 2020).

«Dersom vi ser et mønster er det lettere å finne årsaken til at atferden oppstår, så gjør vi tiltak ut i fra det» (Simonsen og Helgesen 2020).

Det oppstår uenigheter om bruken av kartleggingsverktøy blant sykepleierne når det gjelder pålitelighet og effektivitet. Det ble igjen brukt av noen, men generelt en tvil i bruken av det om demensrammede og spesielt de demente som nærmet seg slutten av livet (Jansen mfl. 2018). Flere hadde systemer for kartlegging av smerte, og at vurdering av

smerte inngikk i det daglige arbeidet. Det ble brukt mye generell observasjon som erstatning for kartleggings skjemaene (Larsen og Knudsen 2013).

Flere sykepleiere opplyste også at de hadde opplevd lite opplæring om bruken av kartleggingsverktøy, og at det var mangel på veiledning. Det oppleves ofte som en gjettelek, og at verktøy for vurdering ikke har blitt lært om på skolen (Jansen mfl. 2018, Kovach mfl. 2000).

Kartleggingsverktøy er til god hjelp når det fungerer

Sykepleiere kunne vurdere mye gjennom observasjon, spesielt gjennom stell og forflytning. Ved bruk av kartleggingsverktøy basert på ansiktsmimikk kunne de enklere registrere uttrykkene til pasienten ved ulike aktiviteter, og det ble sett at noen ansiktsuttrykk gikk mer igjen hos noen. Dette verktøyet ble opplevd som en grei indikator på om pasientene hadde milde til moderate smerter. Verktøy for ansiktsuttrykk ble også til hjelp for å vurdere pasientene under sårstell da det ble sett på skjema at pasientene kunne virke mer smertepåvirket da (Lautenbacher mfl. 2017).

Det ble ofte uttrykt at det opplevdes som en gjettelek å kartlegge smerte hos demente, samt at man ofte kunne oppnå motstridende resultater basert på antagelse. Men det var enkelte bevegelser og ansiktsmimikk som gikk igjen og styrket tanken om at pasienten var i smerter (Lautenbacher mfl. 2017, Kovach mfl. 2000). Sykepleiere var konsekvente og opptatt av pasientens symptomer og ubehag skulle beskrives og vurderes, og derfor ble det også konkludert med at sykepleierne kunne mestre å merke ubehag hos pasientgruppen på en systematisk måte gjennom nettopp kartleggingsverktøy, og at det da ikke nødvendigvis ble en gjettelek for dem når verktøyene fungerte. Ved bruk av verktøy følte flere sykepleiere at de ble bedre kjent med pasienten, og at det ble bedre flyt i samtalen ansatte seg imellom, noe som førte til forbedring i vurderingen av pasienten (Kovach mfl. 2000, Smith mfl. 2018).

Pasienter er individuelle

Noen av uenighetene basert på bruken av kartleggingsverktøy var at noen sykepleiere ønsket seg retningslinjer for vurdering av smerte, men andre mente det var vanskelig og lite pålitelig å bruke da alle pasientene er individuelle i sykdommen sin og har ulike behov. Videre kom det frem at bruken av kartleggingsverktøy gjorde at de ble bedre kjente med

hver enkelt pasient, og at vurderingen derfor ble forbedret ut ifra ulike behov (Smith mfl. 2018, Lillekroken og Slettebø 2013).

«Felles prosedyrer? Alle er jo forskjellige. Det som er smerte hos fru Olsen, kan det være noe annet hos fru Hansen. Det må tilpasses for hver enkelt, tenker jeg. Det er individuelt, og ikke minst, spesielt for denne pasientgruppen. Tja... det er vurdering av hver enkelt sykepleier til hver enkelt pasient» (Lillekroken og Slettebø 2013).

3.2 Vurdering av smerte er en utfordring

Sykepleieres kompetanse strekker ikke til

Flere sykepleiere synes det er spennende, men utfordrende å jobbe med pasienter med demens med tanke på smertevurdering og kartlegging.

Det går igjen at flere sykepleiere mener de har for lite kompetanse på vurdering av smerte hos pasientgruppen. Det beskrives at sykepleierne må ha mer kunnskap om selve demensdiagnosen og hvordan den utvikler seg, samt hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten. Som nevnt lengre opp kommer det frem at det ofte blir brukt eliminasjonsmetoden/gjettelek blant sykepleierne da det kan være utfordrende å vurdere pasienten pga mangel på kommunikasjon og selvrapporing (Simonsen og Helgesen 2020, Lillekroken og Slettebø 2013, Lautenbacher mfl. 2017).

Det kommer frem av noen sykepleiere at det bør læres mer om vurderingsprosessen, slik at det blir enklere for de å utøve kompetanse på vurdering av ubehag hos pasientgruppen. Det ble også uttrykt et behov for mer faglig utvikling, samt mer opplæring nettopp i symptom vurdering og omsorg hos personer med demens. Hos noen virksomheter ble det utført undervisning og opplæring om smerte de siste årene, mens noen prioriterte at personal skulle delta på kurs om smerte (Kovach mfl. 2000, Jansen mfl. 2018, Larsen og Knudsen 2013).

Underdiagnostisert

I studiene kommer det frem at eldre demente ofte er underdiagnostisert med tanke på smerteutfordringer. Med tanke på alder mente flere sykepleiere at dette også kunne være en årsak til hyppigheten av sykdom og smertefulle tilstander, og at dette var med på å

styrke at demensgruppen er en sårbar pasientgruppe. Det kommer frem basert på undersøkelser at pasienter med demens ofte opplever en lavere livskvalitet pga smerte problematikk, og at de da vil få tilleggsbehov. Det fastslås også at sykepleierne er viktige når det gjelder vurdering og tiltak ved smerter (Lillekroken og Slettebø 2013, Lautenbacher mfl. 2017, Rostad mfl. 2020).

Det kommer også frem i litteraturstudiet at sykepleierne opplevde det som utfordrende å vurdere indikasjonen på når det var smerter og ikke, samt om det bare var pasientens naturlige oppførsel på grunn av demens diagnosen. Dette gjorde det utfordrende med gjenkjennelse av smertene, og da kunne diagnostisere (Lillekroken og Slettebø 2013, Jansen mfl 2018).

At smertevurdering hos pasientene med demens er utfordrende for sykepleierne å vurdere, går igjen i studiene da denne pasientgruppen ofte mister evnen til selvrapporing, som bidrar til at det er vanskeligere for sykepleierne å plukke opp nødvendig informasjon (Jansen mfl. 2018, Kovach mfl. 2000).

3.3 Atferd som kommunikasjonsuttrykk

Det er gjentakende i studiene at det fokuseres mye på atferden til pasientene med demens. Noen sykepleiere mente at dersom man kan se en endring i pasientens atferd så kan det være en høy indikator på at pasienten har smerter. Det kommer også frem at et godt hjelpemiddel for sykepleier i å forstå atferden og kommunikasjonen til pasienten, er å bli godt kjent (Lillekroken og Slettebø 2013, Simonsen og Helgesen 2020).

Sykepleierne uttrykker at kunnskap om atferd som kommunikasjonsuttrykk er nødvendig, da det kan foreligge et gjemt budskap fra pasienten, som han ikke greier å uttrykke verbalt på grunn av sin egen sykdom. Ansiktsuttrykk og rastløshet i kropp kommer frem som kjennetegn på smerte (Kovach mfl. 2000). Det kommer frem at dersom det oppstår en plutselig atferdsendring hos en pasient, er det spesielt på kroppsspråk og ansiktsuttrykk en bør kjenne pasienten. En sykepleier sier:

«Raskt endret atferd har som oftest en bakenforliggende årsak. Da må vi forske, da må vi bruke eliminasjonsmetoden» (Simonsen og Helgesen 2020).

Det kom også frem fra sykepleierne at pasienter som er motorisk urolige ofte blir det for å dempe smertene, og dette visste personalet pga god kjennskap til pasienten og som visste at pasienten ikke greide å uttrykke seg tilstrekkelig verbalt:

«En beboer, når hun begynner å gå ut døren, ut til den andre enheten, gjentatte ganger, som mer enn fem ganger i en 10. minutt, vi vet at hun prøver å komme seg vekk fra knesmerter» (Kovach mfl. 2000).

4.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres oppgavens svakheter og styrker fra utvalgte temaer vi ønsker å diskutere. Vi vil også drøfte og diskutere resultatene i litteraturstudiet opp mot egen hensikt, teori og egne erfaringer fra praksis. Vår hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demensdiagnose på sykehjem.

4.1 Metodediskusjon

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når arbeidet med litteraturstudien startet satt vi raskt opp en liste over kriterier vi ønsket å følge. Å sette opp kriterier føler vi styrker litteraturstudiet da man blir mer oppmerksom. Underveis måtte vi endre og legge til/fjerne noen kriterier. Vi fant fort ut at vi måtte være konsekvente og holde oss til kriteriene for at søkearbeidet skulle gå lettere.

I utgangspunktet valgte vi at de 8 forskningsartiklene skulle inneholde et kvalitativt design, men så oss nødt til å inkludere 3 kvantitative og en mixed methods. Dette følte vi styrket egen hensikt og førte til et bedre forskningsresultat. Vi har kun valgt å inkludere den kvalitative delen av artikkelen med et mixed methods. Dette da den kvantitative delen ikke var relevant for vår hensikt. Litteraturstudiet inneholder derfor 5 artikler med kvalitativt design og 3 artikler med kvantitativt design.

Under inklusjon valgte vi å holde oss til forskning fra 2010 og oppover for å sikre et bredt utvalg av forskning, noe vi ser på som en styrke. Vi kunne valgt å fokusere på enda nyere forskning, men tenkte da at vi ikke ville få oppnå like mye resultat i søkene våre. Vi så oss nødt til å inkludere en artikkel fra 2000. Dette gjorde vi da artikkelen inneholdt god faglig relevans. Se vedlegg 3. Det kan være en svakhet og inkludere en eldre forskningsartikkel, men vi konkluderte med at vi ønsket å inkludere den, da vi så at forskningen ikke hadde forandret seg mye. Vi mente den ville bidra til å styrke hensikten vår.

Vi har valgt å fokusere på et sykepleieperspektiv da hensikten vår baserer seg på erfaringer fra sykepleiere. Derfor valgte vi å gå bort i fra et direkte pårørende og pasientperspektiv. Vi valgte oss ut artikler på norsk og engelsk språk. Vi oversatte alle engelske artikler til norsk. Dette kan være en svakhet da man under oversettelse kanskje kan få en annen

ordleggelse eller vinkling på setninger i artikkelen, og dermed gå glipp av viktig informasjon. Men vi valgte å oversette da ingen av oss har veldig gode engelske kunnskaper.

Hensikt

Vår hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demensdiagnose på sykehjem.

Med å lukke hensikten til en spesifikk diagnose føler vi at det styrker litteraturstudiet. Ca. 50% av forskningsartiklene vi inkluderte var fra Norge, og resten fra utland. Vi ser på det som en styrke og inkludere fra flere områder i verden, da man danner seg et større bildet. Vi opplever det som en styrke for vår hensikt, da vi ser at resultatene er ganske like i Norge og utland. Det ble mer sammenheng i sammenfatningen når vi skulle se etter resultater, og dette skapte en god flyt i resultatdelen. Smertevurdering og kartlegging er relevant hos alle pasienter og diagnoser, men temaet hadde blitt for stort dersom vi ikke lukket hensikten. Demens er en stor pasientgruppe og derfor ser vi at det kan være en svakhet å fokusere generelt på demens da alle pasientene kan være veldig ulike i sine behov alt etter sykdomsforløp.

Søk

Vi hadde tidlig et møte med en bibliotekar, som hadde mye erfaring angående datainnsamling og søk. Vi gikk gjennom PICO-skjemaet og fikk veiledning til effektive og systematiske søk. Vi ser på dette som en styrke, da vi fikk en større forståelse, og at arbeidet med databasene ble enklere. Vi ser i etterkant av arbeidet at vi kunne byttet om på noen av våre søkeord i PIO-skjemaet. Siden vi var ute etter sykepleieres erfaring burde vi inkludert erfaring under «Outcome». Vi kunne også ha plassert smertevurdering og kartlegging under «Intervention» i stedet for «Outcome». Vi fant ut at det ikke hadde påvirket resultatet på søkene våre, i tillegg til at vi snakket med bibliotekar. Vi beholdt derfor skjema som det var, da vi var på sluttstadiet av skriveprosessen når vi kom over dette. Dette er noe vi tar selvkritikk på.

Vi brukte flere databaser i arbeidet vårt, noe vi ser på som en styrke da det kan gi et større søkeresultat. Vi valgte også bort noen databaser som vi synes var for kompliserte. Dette kan være en svakhet for oppgaven vår. Minstekravet for litteraturstudiet er 8

forskningsartikler. Vi valgte å ikke inkludere flere enn dette, noe som også kan være en svakhet da flere artikler kunne styrket hensikten vår.

Etter å ha foretatt en analyse av artiklene måtte vi ekskludere en artikkel. Dette satt oss litt tilbake. Vi begynte å gå tom for forskning i de ulike databasene pga. tidligere ekskludering, og valgte derfor å foreta et manuelt søk. Dette kan være en svakhet, men for oss ble det en styrke da det viste seg at artikkelen var relevant for vår hensikt. Vi inkluderte derfor en artikkel som vi fant på Google Scholar.

Vi søkte på «dementia» and «nursing care homes» and «nursing» and «pain». Da det kom opp veldig mange treff (166 000), så valgte vi å bla oss litt nedover samtidig som vi så gjennom overskriftene. Vi valgte en artikkel som lå nest nederst på første side med tittelen « Which facial descriptors do care home nurses use to infer whether a person with dementia is in pain?». Først ble vi skeptisk til artikkelen basert på tittelen da den oversatt til norsk inneholdt «hjemmesykepleie», men når vi leste gjennom artikkelen fant vi ut at den omhandlet demente eldre på sykehjem. Vi ser det derfor som en styrke å inkludere artikkelen da vi systematisk leste oss gjennom den og sjekket den opp før vi inkluderte den.

Analyse

Vi valgte å inkludere Evans (2002) sin analyseprosess i litteraturstudiet, da vi følte den var godt strukturert. Vi oppfattet det som en forståelig og oversiktlig prosess. Når vi skulle foreta analysen delte vi opp de ulike artiklene mellom oss, og noterte funn. Så sammenlignet vi funnene med hverandre og valgte å gå gjennom alt i fellesskap. Dette ser vi på som en styrke da begge to får gjennomgå artiklene systematisk, og at vi til slutt blir enige om funn. Når vi analyserte den ene artikkelen ble begge to skeptiske da vi plutselig følte den ikke var så relevant som vi tenkte tidligere (Se søk lengre opp i kapittelet). Derfor valgte vi å ekskludere den for å være på den sikre siden. Dette ser vi på som en styrke. Vi valgte oss til slutt ut tre hovedfunn som svarte godt på vår hensikt, og satte det opp i en oversiktlig figur. Se figur 1 under kapittel 3.0 om resultat.

Kvalitetsvurdering

Før vi valgte ut de inkluderte artiklene sjekket vi alle opp mot relevante sjekklister. Vi satt sammen og gikk gjennom alle artiklene steg for steg og tok oss god tid. Vi ser på det som en styrke og gå gjennom sjekklisterne sammen, da det ble lettere for oss å inkludere og ekskludere artikler. Vi gikk gjennom ca. 30 artikler, og på grunn av disse sjekklisterne styrket det studiet vårt da vi fikk ekskludert artikler som viste seg å ikke være like gode.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Uenighet om bruken av kartleggingsverktøy

I litteraturstudiet kommer det tydelig frem at det er ulikheter både når det gjelder kunnskap om, og bruken av kartleggingsverktøy. Som sykepleiere har man en viktig rolle når det gjelder både vurdering og kartlegging av smerter, og det er ofte en kunnskap man forventer er på plass. Flere sykepleiere sier de føler de har for lite opplæring på området, og at det er med på å gjøre arbeidshverdagen vanskelig når de skal vurdere pasientene. Ifølge Helsedirektoratet (2019) er det et faktisk krav til kompetanse hos personell om demenssykdom, personsentrert omsorg og behandling.

Ut i fra egne erfaringer fra praksis på sykehjem har vi ikke observert at kartleggingsskjema tas i bruk, men at sykepleiere ofte kan diskutere seg imellom hva de tror feiler pasienten, eller hvor de eventuelt tror pasienten har smerter. Vi har også sett at det ved noen tilfeller kanskje blir tatt for kjappe konklusjoner, og dette kan godt tenkes at er fordi sykepleierne i vår praksis også har mangel på kunnskap om slik kartlegging for pasienter med demens eller at de føler det ikke er hensiktsmessig å kartlegge. Ifølge Danielsen mfl. (2020, 382-384) er sykepleiere generelt alt for dårlige både når det kommer til å forstå, men også selve betydningen det vil ha å ta i bruk et systematisk kartleggingsverktøy. Sandvik og Husebø (Sykepleien 2011) mener at et standardisert smertekartleggingsverktøy er med på å øke bevisstheten til sykepleierne når det kommer til smerter. De henviser til MOBID-2 smerteskala som et instrument for kartlegging og som er tilpasset diagnosen demens. Del 1 skal fange om smerter i muskulatur, skjelett og ledd ved mobilisering i hverdagen på sykehjem. Del 2 skal fange opp ulike smerteatferd forbundet med indre organer, hodet og pasientens hud. Smerteintensiteten hos pasienten skal til slutt summeres av en sykepleier på en skala fra 0-10.

Da man som sykepleiere er avhengig av å identifisere både smertens område, intensitet, varighet og variasjon sier det seg selv at hos denne pasientgruppen kan det kanskje oppleves utfordrende å få brukt kompetansen sin riktig. Generelt når man foretar en kartlegging av smertene til en pasient vil man naturlig gjøre pasienten mer bevisst på smertene sine, men hos mennesker med demens oppleves nok dette vanskeligere og kanskje motsatt (Danielsen mfl. 2020, 388-391).

Som sykepleiere er man avhengig av en god dialog og selvrapportering fra pasientene, og vi vil tro at det nettopp er dette som gjør jobben til sykepleierne noe utfordrende også i dagens praksis, og at de kanskje tenker at det ikke er nyttig å bruke verktøy på denne pasientgruppen. Ifølge Danielsen mfl. (2020, 388-391) står det at å kartlegge smerter hos mennesker uten språk byr på utfordringer, noe som tydelig samsvarer med resultatene i litteraturstudiet. Det foreslås at å bruke FPS (faces pain rating scale) kan være et godt kartleggingsverktøy å ta i bruk hos denne gruppen, i tillegg til generelle atferdsendringer og fysiske tegn. Ved denne skalaen fokuserer man på ulike ansiktsuttrykk som er forbundet med smerte (Danielsen mfl. 2020, 390).

I litteraturstudiet kommer det tydelig frem at det er manko på bruk av kartleggingsverktøy både pga manglende opplæring, men også at flere ikke stoler på effekten av verktøyene. Ifølge Danielsen mfl. (2020, 390) står det generelt at dersom verktøyene skal ha noe nytteverdi for sykepleierne må de aktivt brukes, og at man kan oppnå et mer tilfredsstillende sammenligningsgrunnlag. Flere ytret ønske om retningslinjer og flere systemer for å ha det i bruk, og Danielsen mfl. (2020, 390) sier også at observasjon og kartlegging av smerte bør inngås som en rutine på lik linje som måling av blodtrykk, puls, temperatur og lignende. Dette tror vi også at ville gjort bruken av kartleggingsverktøy mer systematisert og inkludert i de vanlige rutinene i dagens arbeidspraksis.

4.2.2 Vurdering av smerte er en utfordring

Vi ser at kartlegging og vurdering av smerte går litt opp i opp, men føler at man må implementere begge prosessene for å oppnå et tilstrekkelig resultat. Litteraturstudiet viser at sykepleierne synes det er spennende å jobbe med pasienter med en demensdiagnose, men at vurderingen av pasientene er utfordrende. Ifølge Helsedirektoratet (2022) skal

vurdering av smerte hos de demente foretas som en del av den lindrede behandlingen. Selv om behandling ikke er vårt fokusområde i litteraturstudiet, er det selvforklarende at dersom en pasient går ubehandlet for smertene sine basert på mangelfull vurdering, vil det kunne redusere livskvaliteten betraktelig. Dette har vi selv også opplevd å se i praksis på sykehjem. Da det er ulike demensdiagnoser og forløp vil det oppleves enklere å vurdere noen enn andre.

Det viser seg ofte at personal som kjenner pasienten godt enklere kan foreta en vurdering dersom pasienten for eksempel ble utagerende og vandret mye. Som sykepleiere er det også viktig å ha kunnskap til å avgjøre når det er hensiktsmessig å ikke å eventuelt ta i bruk et kartleggingsverktøy da det for noen pasienter ikke vil være mulig å bruke langt ute i sykdomsforløpet. For noen demente er det kanskje mulig å utføre en VAS skala på, mens for andre er det ikke mulig. Ved VAS skal pasienten oppgi smertene fra 0-10 der 0 er ingen smerter og 10 er sterke smerter. For at man skal kunne foreta en vurdering basert på VAS må pasientene kunne svare adekvat. Det samme gjelder dersom en verbal skala skal brukes. Der blir tall erstattet med ord, men man er igjen avhengig av at pasientene kan svare adekvat (Danielsen mfl. 2020, 391).

Observasjon av atferd vil kanskje være mer vesentlig for å oppdage ulike tegn på smerte, men man vil da igjen være avhengig av at sykepleierne kjenner pasienten godt (Torvik og Bjøro 2016, 395-398). Ifølge Torvik og Bjøro (2016, 398), kom det frem i en norsk studie at sykepleierne ofte var usikre på når pasienten var i smerter, men at de opplevde at de avdekte smerter hos pasientene oftere når de hadde god kunnskap om pasienten samtidig som de brukte et observasjonsskjema som vurdering, i stedet for kun et klinisk blikk.

«Pasienter som ikke kan selvrappotere smerte, er en sårbar gruppe, som er avhengig av at sykepleiere observerer og tolker deres ikke-verbale smertetegn. For å få en best mulig observasjonsbasert smertekartlegging er det viktig at den som observerer pasienten, kjenner pasienten godt og bruker et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy» (Torvik og Bjøro 2016, 398).

I et eksempel fra praksis hadde sykepleiere felles vurdert at en pasient hadde stort behov for jevnlig smertelindring. Når det kunne komme en nattevakt på jobb som ikke kjente pasienten like godt, og som vurderte annerledes kunne det forekomme at pasienten ikke

fikk lindring om natten. Da ble de rapportert at morgene til denne pasienten ofte ble ødelagte pga. smerter. Dette kan også dreie seg om at sykepleiere har vi ulik kunnskap når det kommer til vurdering og kartlegging.

Mangel på kunnskap og opplæring når det kommer til vurdering av demente ser ut til å være et kjent problem, og er kanskje noe som burde bli et enda større fokus området i praksis, men dette er bare egen resonering fra vår side.

Resultatene i litteraturstudiet viser at flere av sykepleierne ønsker seg mer kunnskap om selve diagnosen, samt om hvordan den progredierer. Kunnskap om diagnosene man jobber med tenker vi er vesentlig, spesielt da det ofte stilles ekstra krav til sykepleierne på jobb. Det kan tenkes at mer kurs om diagnosen demens er vesentlig for sykepleiere og annet personal som jobber med disse pasienten, da vurdering kanskje kan bli noe enklere å foreta, og at man unngår at flere demente blir underdiagnostisert for sine smerter (Aldring og helse 2022).

Nasjonalt senter for aldring og helse (2022) har egen kompetanse heving vedrørende demens. Der er det mulig både for helsepersonell og pårørende og lære mer om selve demensdiagnosen, og forløpet både gjennom kurs, bøker og forskning. Som fremtidige sykepleiere er det godt å se at det fortsatt forskes på og informeres om diagnosen. At det finnes senter med kompetanseheving tror vi kan være en nøkkel i fremtiden når det både gjelder kunnskap om vurdering atferd.

Ifølge Reidun Sandvik (Sykepleien 2020) beskrives det også at det er nødvendig med kunnskap om både årsak til demens, hvilke funksjoner pasienten har og hvilke funksjoner som er ivaretatt. Dette beskrives som nødvendig kunnskap for å kunne vurdere og utøve god sykepleie til pasientgruppen.

Videre sier helsedirektoratet (2022) at «særlig oppmerksomhet er påkrevet for å oppdage smerter hos personer med moderat/alvorlig grad av demens og kommunikasjonsvansker. Begrunnelsen for hva anbefalingene er basert på er at det ikke er oppdaget mye aktuell forskningsdokumentasjon når det dreier seg om vurdering, og da også behandling av smerter hos demente (Helsedirektoratet 2022). Så vi tolker at når det gjelder vurdering av smerte hos demente, så har dette vært et utfordrende felt veldig lenge, og at de fortsatt er utfordrende.

Reidun Sandvik (Sykepleien 2020) hevder at det er flere kommuner som har innført smerteskala de siste årene for å enklere foreta smertevurdering hos demente, men vi er også enige med noen av sykepleiere i forskningen som sier at det kan være vanskelig å stole på ulike skalaer da denne pasientgruppen kanskje ikke greier å uttrykke det de egentlig mener, og at alle pasienter er individuelle i sin atferd.

4.2.3 Atferd som kommunikasjonsuttrykk

Som sykepleiere må man ha kunnskap om at pasienter med demens, ofte kan ty til ulik atferd når de ønsker å kommunisere sine behov. Det er ikke uvanlig at sykepleiere møter på demente med utfordrende atferd, og ifølge Skovdahl og Berentsen (2016, 415-418) tyr ofte denne pasientgruppen til agitasjon når de ønsker å formidle et ubehag som de ikke greier å uttrykke verbalt. Pasientene kan ty til motorisk uro som vandring, roping og plukking. Agitasjon er vanlig å se hos demente når de vil uttrykke noe, eller føler på ubehag, som for eksempel ved smerter. Og det er ofte en klinisk utfordring å finne årsak for misnøye eller ubehag (Skovdahl og Berentsen 2016, 415-418).

I litteraturstudiet ser vi at flere av sykepleierne uttrykker at det er avgjørende for de å kjenne pasienten godt, da det blir enklere for sykepleierne å forstå de ulike uttrykkene til pasientene. Sykepleierne følte at de kunne kjenne igjen atferden til pasienten dersom han/hun for eksempel vandret mye, da de visste at det var en måte pasienten kunne uttrykke ubehag og/eller smerter på. Igjen så vi at noen sykepleiere var vant til å måtte bruke eliminasjonsmetoden for å forstå atferden til pasienten.

Ifølge Helsedirektoratet (2022) er det visse kompetansekrav til sykepleiere/helsepersonell som omfatter denne pasientgruppen. Et sentralt krav for sykepleiere sier «Bestreber seg å tolke og forstå utfordrende atferd hos personer med demens som et forsøk på å kommunisere behov». Mennesker med demens er en kompleks pasientgruppe der man må ha kunnskap nok i å vurdere hvert enkelt sine smerteuttrykk.

Som fremtidige sykepleiere føler vi at man kommer lengre med å ta seg tid til å bli godt kjent med pasienten, samt selve diagnosen og ulike atferdsuttrykk.

Vi tror at dersom man skal bruke eliminasjonsmetoden hos disse pasientene så oppleves det som lite tilfredsstillende. Dette uttrykte også noen sykepleiere i studiet vårt, og vi

mener at en «gjettelek» ikke er hensiktsmessig da det er store sjanser får å ikke finne ut om pasienten sin atferd er pga smerter eller om han/hun for eksempel kun har behov for et toalettbesøk. Her mener vi at nøkkelen for sykepleiere blir å kjenne pasienten godt, og hvordan ulik atferd opptrer.

Torvik og Bjørro (2016, 397-398) presenterer flere atferds former og uttrykk som kan være tegn på at pasienten forsøker å kommunisere smerter gjennom atferd. Dette omhandler blant annet ansiktsuttrykk som grimasering og rynket panne, agitasjon i form av verbalisering, ulike kroppsbevegelser og at pasientene motsetter seg omsorg og blir aggressive. Dette er bare noen eksempler, men som vi tenker kan være vesentlig for sykepleiere å lære mer om, og spesielt da de som jobber på en slik avdeling. Vi ser også tydelig i funnene våre, at flere sykepleiere savner opplæring og kunnskap om dette feltet og vi tror at dagens praksis vil fungere mer optimalt dersom dette fokuseres mer på.

Som sykepleiere er store deler av jobben å ta vare på en pasients autonomi og deres personlighet. De demensrammede har ofte manglende innsikt, og det er viktig at vi som sykepleiere behandler disse pasientenes følelser med respekt, da tror vi at man kommer langt (Eide og Eide 2019, 330-332). At pasientene ofte kan bli sinte eller fortvilet viser bare at denne pasientgruppen har like følelser som alle andre, men at de ikke greier å fortelle selv hva de føler. Derfor er det vår jobb som sykepleiere å ta dette på alvor gjennom nettopp observasjon og lytting. For sykepleiere så har vi troen at dette kan gjøre arbeidet med å avdekke om atferden/følelsen til pasienten skyldes smerter, noe lettere (Eide og Eide 2019, 330-332)

5.0 Konklusjon

Vår hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer med vurdering og kartlegging av smerte hos pasienter med en demensdiagnose på sykehjem.

Vi konkluderer med at det jevnt over virker som at det har vært brei uenighet angående bruken av kartleggingsverktøy på denne pasientgruppen, og at problemstillingen fortsatt er der. Vi tenker at hos denne pasientgruppen vil det ikke nødvendigvis alltid være hensiktsmessig og bruke et kartleggingsverktøy, men at god kjennskap til pasienten heller vil være vesentlig. Vurdering av smerte hos pasienter med demens er noe sykepleiere ser på som en utfordrende oppgave, men at det oppleves som enklere dersom det er gode rutiner for systematisk kartlegging og vurdering for hver enkelt pasient dersom sykdommen tillater at det er mulig. Alle pasienter er ulike, og som sykepleiere må man kunne foreta vurderinger basert på individuelle behov. God kunnskap generelt om diagnosen, forløpet og hver enkelt pasient vil gjøre jobben for sykepleiere vil kunne gjøre jobben noe lettere. Sykepleiere har også ulike måter å arbeide og vurdere på, og derfor kan det nok også oppstå ulikheter i smertevurdering av pasienter, og at kartlegging kanskje virker mer hensiktsmessig å bruke for noen, mens for andre ikke.

5.1 Konsekvenser for praksis

Sykepleier må kunne vurdere pasientenes individuelle behov, og kunne foreta god vurdering og kartlegging deretter. Er det ikke nok kunnskap og opplæring på feltet kan man risikere at pasienten går i store smerter som ikke har blitt identifisert.

5.2 Forslag til videre forskning

For videre forskning er tydeligere retningslinjer og opplæring når det gjelder smertevurdering og kartlegging hensiktsmessig. Med tanke på at over 80% av pasienter på sykehjem lever med en demensdiagnose er det viktig med forskning og kompetanseheving. Dette kan være vesentlig for sykepleiernes erfaringer. Man er avhengig av nok kunnskap og kompetanse blant sykepleiere for å gjøre gode vurderinger og tiltak. Mer fokus på kurs og opplæring av personal, spesielt for de som jobber på avdelinger for demente tror vi vil være hensiktsmessig for videre forskning og vurdering av bruken av kartleggingsverktøy.

Litteraturliste:

- Actherberg, Wilco P., Marjoleine J.C. Pieper, Annelore H. van Dalen-Kok, Margot W.M. de Waal, Bettina S. Husebo, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik J. A. Scherder, Anne Corbett. 2013. «Pain management in patients with dementia.» *Clinical Interventions in Aging* 23 (8): 1271-1482. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
- Aldring og helse nasjonalt senter. 2022. «Demens». Lest 10.03.2023. <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
- Danielsen, Astrid., Helene Berntzen og Hallbjørg Almås. 2020. “Sykepleie ved smerter.» I *Klinisk sykepleie 1*, redigert av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 381-427. Utg. 5. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dietrichs, Espen. 2020. «Nevrologiske sykdommer». I *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi, anestesi*, redigert av Dag Jacobsen, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvalsen, Trond Buanes og Olav Røise, 475-498. Utg. 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2019. *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. utg. 3. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, David. 2002. “Systematic Reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data”. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.
- Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. 2021. “2.1 PICO”. Oppdatert: 30. september, 2021. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket. 2021. “4.1 Sjekklistor.” Oppdatert: 17. september, 2021. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. 2022. “Demens”. Oppdatert 31. oktober, 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Jansen, Bannin De Witt., Kevin Brazil, Peter Passmore, Hilary Buchanan, Doreen Maxwell, Sonja McIlfatrick, Sharon M. Morgan and Max Watson. 2018. «A tool doesn't add anything.” The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33 (10): 1346-1354. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4931>

- Kanalregisteret. 2023. «Register over alle vitenskapelige forskrifter.»
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Kovach, Christine R., Julie Griffie, Sandy Muchka, Patricia Noonan and David Weissman. 2000. "Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Treatment in the Cognitively Impaired Elderly - It's Not a Guessing Game." *Clinical Nurse Specialist* 14 (5): 215-220. https://journals.lww.com/cns-journal/Fulltext/2000/09000/Nurses_Perceptions_of_Pain_Assessment_and.11.aspx
- Larsen, Toril Agnete og Liv-Berit Knudsen. 2013. «Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste». *Nordisk Sygeplejeforskning* 3 (4) 287-299. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06>
- Lautenbacher, Stefan., Elizabeth L. Sampson., Sonja Pähl and Miriam Kunz. 2016. "Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?" *Pain Medicine* 18 (11): 2105-2115.
<https://academic.oup.com/painmedicine/article/18/11/2105/2666010#99499845>
- Lillekroken, Daniela og Åshild Slettebø. 2013. "Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer." *Nordic journal of nursing research* 33 (3): 29-33. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/010740831303300307>
- Pedersen, Reidar. 2020. «Pårørende.» *I Etikk: i helsetjenesten*, redigert av Morten Magelssen, Reidun Førde, Lillian Lillemoen og Reidar Pedersen, 72-82. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rostad, Hanne Marie., Ellen Karine Grov, Inger Utne og Liv Halvorsrud. 2019. «Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langt kommen demens og smerter». *Sykepleien Forskning* 14 (79184): e-79184.
<https://sykepleien.no/forskning/2019/10/kjennetegn-ved-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens-og-smerter>
- Sandvik, Reidun K.N.M og Bettina Husebø. 2011. «Måler smerte hos personer med demens.» *Sykepleien* 99 (11): 62-64. https://sykepleien.no/forskning/2011/10/maler-smerte-hos-personer-med-demens?fbclid=IwAR3x5gZEprbZqkWdquBeS9hadSx8_QAkoTHSySRgxcfdpCH2AjiUxzUps
- Sandvik, Reidun K.N.M. 2020. «Slik vurderer du smerte hos personer med demens.» *Sykepleien* 108 (80594): e-80594. <https://sykepleien.no/fag/2020/02/slik-vurderer-du-smerte-hos-personer-med-demens>

Simonsen, Marianne og Ann Karin Helgesen. 2020. "Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer." *Geriatrisk sykepleie* (02): 22-29.

<file:///C:/Users/meret/OneDrive/Skrivebord/BACHELOR%20SJUKEPLEIEN/ARTIKKEL%202.pdf>

Skovdahl, Kristi og Vigdis Drivdal Berentsen. 2016. "Kognitiv svikt og demens." I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, redigert av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff, 408-437. Utg. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smith, Clare Ellis., Irene J. Higginson, Barbara A. Daveson, Lesley A. Henson and Catherine J. Evans. 2018. «How can a measure improve assessment and management of symptoms and concerns for people with dementia in care homes? A mixed-methods feasibility and process evaluation of IPOS-Dem». *PLOS ONE* 13 (7): e0200240.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040756/?fbclid=IwAR0Xg0liaHFKbwwP3sNpiAw6eGALwyXjGP1bPt36xIBO3HyKr5PShNe6Sfk#pone.0200240.ref028>

Torvik, Karin og Karen Bjøro. 2016. «Smerte.» I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, redigert av Anette Hysten Ranhoff, Kari Brodtkorb og Marit Kirkevold, 390-407. Utg. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	I	O
Patient	Intervention	Outcome
Demen* eller Demens eller Dement Sykehjem	Sykepleier ELLER Sykepleiere	Smertevurdering Smertekartlegging Smerte Kvalitativ studie Sykepleie
Demen* or Dementia Nursing homes OR Care homes OR longterm care OR residential care OR aged care facility OR Nursing care homes	Nurse OR Nurses	Pain assessment Pain mapping Pain Qualitative study Nursing

Vedlegg 2: Søkehistorikk

SØK 1	DATO	SØKEORD	ANNTALL TREFF ORIA - NORSK
1	12.01.23	Demen*	308 218
2	12.01.23	1 Begrenset til artikler	286 975
3	12.01.23	Smertekartlegging	13
4	12.01.23	1 og 2 og 3	3
	12.01.23	Lest artikkeltitler	3
	12.01.23	Lest sammendrag	3
	12.01.23	Lest hele artikler	1
	12.01.23	Inkluderte artikler i vår studie	1

SØK 2	DATO	SØKEORD	ANTALL TREFF ORIA - NORSK
1	12.01.23	Demen*	315485
2	12.01.23	sykehjem	4722
3	12.01.23	sykepleier	7829
4	12.01.23	1 og 2 og 3	160
5	12.01.23	4 begrenset til siste 10 år	124
6	12.01.23	5 begrenset til artikler	5
	12.01.23	Lest artikkel titler	5
	12.01.23	Lest sammendrag	2
	12.01.23	Lest hele artikler	1
	12.01.23	Inkluderte artikler i vår studie	1

SØK 3	DATO	SØKEORD	ANTALL TREFF CINAHL - ENGELSK
1	12.01.23	Demen*	78 552

2	12.01.23	«Nurse»	568 912
3	12.01.23	«Nursing homes» OR «Care homes» OR «Longterm care» OR «Residential care» OR «Aged care facility»	141 100
4	12.01.23	«Pain assessment»	18 398
5	12.01.23	«Qualitative study»	164 029
6	12.01.23	1 og 2 og 3 og 4 og 5	7
	12.01.23	Lest artikkel titler	7
	12.01.23	Lest sammendrag	5
	12.01.23	Lest hele artikler	1
	12.01.23	Inkluderte artikler i vår studie	1

SØK	DATO	SØKEORD	ANTALL TREFF ORIA - ENGELSK
4			
1	13.02.23	Avgrensa all søk, til søk i Norsk fagbibliotek	
2	13.02.23	Demen*	291 377
3	13.02.23	Nursing homes	183 926
4	13.02.23	Nurse	425 800
5	13.02.23	Pain assessment	104 564
6	13.02.23	Qualitative study	536 621
7	13.02.23	1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6	33
8	13.02.23	Avgrenset 7 til artikler	28
9	13.02.23	Avgrenset 8 til siste 10 år	18
	13.02.23	Lest artikkel titler	10

	13.02.23	Lest sammendrag	4
	13.02.23	Lest full artikkel	2
	13.02.23	Inkluderte artikler i vår studie	2

SØK	DATO	SØKEORD	ANTALL TREFF
5			ORIA - NORSK
1	13.02.23	Begrenset søkene til søk i Norsk fagbibliotek	
2	13.02.23	Demen*	291 377
3	13.02.23	Demens	4397
4	13.02.23	Sykehjem	4741
5	13.02.23	Sykepleier	7851
6	13.02.23	Smerte	3435
7	13.02.23	Smertekartlegging	126
8	13.02.23	2 og 4 og 5 og 6 og 7	12
9	13.02.23	8 avgrensa til artikler og siste 10 år	0
10	13.02.23	3 og 4 og 5 og 6 og 9	3
	13.02.23	Lest artikkel titler	3
	13.02.23	Lest sammendrag	1
	13.02.23	Lest hele artikkel	1
	13.02.23	Inkluderte artikler i vår studie	1

SØK	DATO	SØKEORD	ANTALL TREFF
6			ORIA - ENGELSK
1	13.02.23	Avgrensa søk til søk i «Norsk fagbibliotek i ORIA»	
2	13.02.23	Dementia	269 753
3	13.02.23	Nursing homes and nursing care homes	118 907
4	13.02.23	Pain	926 846

5	13.02.23	1 and 2 and 3 and 4	1142
6	13.02.23	5 Begrensa til artikler siste 10 år	768
	13.02.23	Lest artikkel titler	10
	13.02.23	Lest sammendrag	2
	13.02.23	Lest artikkel	1
	13.02.23	Inkluderte artikler i vår studie	1

Vedlegg 3: Oversikt over artikler

ARTIKKEL 1	
Forfatter	Lillekroken, Daniela og Åshild Slettebø
År	2013
Tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.
Land	Norge
Tidsskrift	Nordic journal of nursing research. Nivå 1.
DOI	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/010740831303300307
Hensikt	Forskerne ønsket å belyse sykepleierens kompetanse og erfaringer innen kartlegging og lindring av smerter hos personer med en demens diagnose.
Metode/instrument	<p>Det er en kvalitativ studie, med et utforskende design.</p> <p>Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide og fokusgruppeintervjuer. Det ble stilt deltakerne utdypende og supplerende spørsmål om kunnskapen deres.</p> <p>Deltakerne ble delt inn i tre fokusgrupper høsten 2008, der fem deltakere var i en gruppe, seks deltakere i en og syv deltakere i den siste gruppen. Det ble organisert dialog i hver gruppe, og deltakerne ble oppfordret til å stille hverandre spørsmål.</p> <p>Samtalene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Intervjuene varte i 1-2 timer, og ble gjennomført på personalets arbeidsplass og i arbeidstiden.</p> <p>Analysearbeidet tok utgangspunkt i to metoder, «Malteruds» metode for tekstkondensering (fire trinn), og «Table Approach» metoden. Der like utsagn som handler om det samme blir klipt og limt sammen, og deretter gruppert i en matrise.</p>

Deltagere/ Frafall	<p>Deltakerne kom fra to sykehus og et kommunalt sykehjem med en skjermet avdeling på Østlandet. De som ble inkludert i studien ble bestemt av lederen på avdelingen.</p> <p>Deltakerne var mellom 24 år – 61 år.</p> <p>Ikke registrert sykepleiere som ikke deltok i studien. Ingen hadde videreutdanning innen eldre omsorgen. Deltakerne hadde ulik arbeidserfaring innenfor omsorg hos demente, geriatri og/eller eldre, og arbeidserfaringen varierte fra 3 års erfaring - 35 års erfaring.</p> <p>Ingen frafall ble registrert.</p>
Hovedfunn	<p>Sykepleierne synes det er spennende, men utfordrende å jobbe med denne type pasientgruppe mtp. smertekartlegging/vurdering. Det er mange hensyn å ta ved smertekarlegging/vurdering hos pasienter med demens.</p> <p>Ulike meninger blant sykepleierne om bruk av smertekartleggingsverktøy hos pasienter med demens. De mener flere ting påvirket pasientene ulikt, mtp ulik grad av demens, somatisk og psykisk sykdom. Derfor ble det sjelden eller aldri tatt i bruk.</p> <p>Pasienter har individuelle behov, og demens diagnose og kognitiv svikt, svekker kommunikasjon. Informantene mente at høy alder kan være årsak til smertefulle tilstander og hyppighet av sykdom, og at demens gruppen er en sårbar pasient gruppe.</p> <p>Sykepleierne har manglende kunnskap om kartlegging av smerte, og de har lite rutiner på smertevurdering, noe som påvirker utfallet hos pasienten.</p>
Etiske hensyn	<p>Studien ble meldt inn og godkjent av personvernombudet for forskning. Gjennomføringen av prosjektet fikk også godkjenning fra Sykehusenes Kompetansesenter for personvern. I god tid før oppstart av studien ble det samlet inn tillatelser fra ledelsen i sykehusene og sykehjemmene.</p> <p>I informasjonsskrivet som deltakerne fikk ble det lagt stor vekt på at det var frivillig å delta og at det ville ikke få konsekvenser om de ønsket å trekke seg fra studien med eller uten grunn. (Ingen benyttet seg av denne retten).</p>

	<p>Deltakere ble tildelt et nummer, og de skulle ikke bruke navn for å opprettholde anonymiseringen. Skriftlig samtykke fra alle deltakere ble levert inn, før det ble startet opp med fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Alle data ble behandlet anonymt og konfidensielt, og fjernet etter endt studie.</p>
Kritisk vurdering	<p>Artikkelen tar også opp utfordringer og dilemmaer ang smertelindring, men siden det ikke er relevant for vår problemstilling å «behandle», har vi utelukket dette fra vår studie. Artikkelen er relevant og vurderes som bra etter kvalitativ sjekklister.</p> <p>Søk etter tidsskriftet: «Nordic journal of nursing research» i kanalregisteret, viste til at tidsskriftet er godkjent forskning.</p>

ARTIKKEL 2	
Forfatter	Helgesen, Ann Karin og Marianne Simonsen
År	2020
Tittel	«Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket enhet på sykehjem-sykepleieres erfaringer».
Land	Norge
Tidsskrift	Geriatrisk sykepleie. Nivå 1.
DOI	https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/20749/article.pdf?sequence=3&isAllowed=y
Hensikt	Hensikten med studien var å belyse kunnskap og erfaringene sykepleier har hos demens pasienter med utfordrende atferd.
Metode/instrument	<p>I studien ble det brukt kvalitativ metode der en samlet inn ulike data ved bruk av fire ulike semi-strukturerte forskningsintervju. Målet var å søke mer kunnskap og erfaringer fra sykepleierne.</p> <p>Det ble brukt systemisk tekstkondensering for å analysere all data fra de fire ulike intervjuene.</p> <p>Gjennom fire trinn har forskerne beskrevet dette:</p>

	<p>I første trinnet var det meningen å få et helhetsinntrykk av intervjuene. Det som var interessant ble uthevet med fet skrift og teksten ble lest flere ganger. Resultatet fra dette ble fire temaer med tilhørende sub-kategorier.</p> <p>I det andre trinnet ble det som belyste problemstillingen sortert ut, og det som var irrelevant ble skilt fra det relevante. Sub-kategoriene ble brukt til å finne meningsbærende enheter, det som var relevant ble lagt inn i et eget dokument i lag med temaer fra første trinn.</p> <p>Dekontekstualisering av materialet ble foretatt.</p> <p>I tredjetrinnet ble data abstrahert. Det ble laget et kondensat til hver av de fire sub-gruppene og alle deltakeres stemmer skulle komme frem i kondensatene.</p> <p>I rekontekstualiseringen i fjerde trinn, kunne en lett finne tilbake til hvilken deltaker det gjaldt, ettersom at hver deltaker hadde en fargekode og den transskriberte teksten var markert med sidetall.</p>
Deltakere/fracfall	<p>Kriterier for deltakelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sykepleie bachelor – Minst 3 års erfaring innenfor omsorg for pasienter med demens
Hovedfunn	<p>Viktig å skape en relasjon og bli kjent med pasientene:</p> <p>Ved utfordringer kunne kjennskap til pasientens livshistorie, bidra til at pasienten roet seg.</p> <p>For at alle omsorgspersoner skulle møte pasienten likt, ble det opprettet tiltaksplaner. Det ville gjøre det enklere å observere pasienten, og pasienten kunne føle seg trygg.</p> <p>Kartleggings skjema brukes ikke systematisk, de bruker det kun når atferden er så utfordrende at det er vanskelig å vurdere pasienten. Ofte fokuseres det mer på eliminasjonsmetode, når det er utfordrende å vurdere pasienten.</p> <p>Personalets opplevelse av utfordrende atferd:</p> <p>Det er viktig at sykepleierne har kunnskap om demensdiagnosen hvordan den utvikler seg og konsekvenser. De må også ha kunnskap om atferd som kommunikasjonsuttrykk, da det ofte kan ligge et underliggende budskap pasienten ikke greier å uttrykke verbalt pga. sykdommen.</p>

	Sykepleierne må alltid være forberedt på plutselig endring i atferd, og må ta risikovurdering før en går i møte med den pasienten.
Etiske hensyn	<p>Norsk samfunnsfaglig datatjeneste har godkjent studien.</p> <p>Deltakerne fikk skriftlig informasjon på forhånd. Om at det var frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke seg uten at det ville bli konsekvenser for studien.</p> <p>Alle samtykkeerklæringer ble låst inn og gjort utilgjengelige for uvedkommende. Dette gjaldt også lydopptakene. Alt ble slettet i etterkant av studiet.</p> <p>For deltakernes sikkerhet ang identitet, ble det ikke nevnt opplysninger om sykehjemmene eller noen demografiske opplysninger som kunne vise tilbake til noen av deltakerne.</p>
Kritisk vurdering	<p>Vi har brukt kvalitativ sjekkliste ved vurdering av artikkelen. Siden det ved alle spørsmål er det besvart «JA», og den er relevant for vår problemstilling, vurderer vi artikkelen som bra.</p> <p>Vi dobbeltsjekka tidsskriftet i kanalregisteret. Tidsskriftet «Geriatrisk sykepleie» er registrert som godkjent (nivå 1) for bruk i forskning.</p>

ARTIKKEL 3	
Forfatter	Kunz, Miriam, Stefan Lautenbacher, Sonja Pähl and Elizabeth L. Sampson
År	2016
Tittel	«Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?»
Land	Tyskland
Tidsskrift	Pain Medicine. Nivå 1.
DOI	https://academic.oup.com/painmedicine/article/18/11/2105/2666010#994998 45

Hensikt	Å undersøke hvordan helsepersonell observerer og stoler på ansiktsuttrykk hos pasienter med demens, når de vurderer om smerter er til stede og smerteintensitet.
Metode/instrument	<p>Det er en kvantitativ studie, med et spørreskjema som inkluderte 13 ansiktsbeskrivelser, henta fra etablerte observasjonskala for smerter ved demens.</p> <p>De 15 gjenstander som ble brukt som observatører inneholdt: et følgebrev, et kort demografisk spørreskjema, 13 elementer med ansiktsbeskrivelser og to generelle vurderinger av smerte.</p> <p>Spørreskjema ble sendt til 366 sykehjem i Bayern (Tyskland) i 2013 februar/mars. Spørreskjema vurderte smerter hos pasienter i hverdagssituasjoner og også i dagligdagse gjøremål (ADL).</p> <p>Sykepleiere skulle observere og vurdere observasjonene ved hjelp av ansiktsbeskrivelsene og deretter gi en samlet vurdering av pasientens langvarige smerte.</p> <p>For å vurdere om pasienten med demens hadde smerter og i hvilken grad, ble ansiktsbeskrivelsene som sykepleieren oftest bruker identifisert gjennom regresjonsanalyser.</p> <p>Over en periode på fem måneder ble returnerte spørreskjema samlet inn.</p>
Deltakere/frafall	<p>Til sammen ble 284 spørreskjema sendt inn og lagt i analysene.</p> <p>85% var utdannet eldreomsorgssykepleiere, 10% allmennsykepleiere, 2% var under utdanning, og de siste 3% hadde ulik bakgrunn som ergoterapeut.</p> <p>De fleste sykepleierne jobbet på store sykehjem, gjennomsnittsalder på pasientene var 78,5 år og hver sykepleier hadde ansvar for gjennomsnittlig 32 pasienter.</p> <p>79 sykehjem av de 366 sykehjemmene som ble kontaktet returnerte spørreskjema.</p> <p>Totalt 162 sykepleiere deltok i studien og sykepleierne som deltok hadde ca. 14 års erfaring.</p>

<p>Hovedfunn</p>	<p>Erfarne sykepleiere deltok i studien, og det ble fastslått at sykepleierne er viktige i vurderingen og bestemmelsen av tiltak ved smerter.</p> <p>Fokuset i studien var observasjoner av utvalgte ansiktsuttrykk fra kartleggingsverktøy som kommunikasjonsmåte hos personer med langtkommen demens. De ble observert blant annet under stell og forflytning.</p> <p>57% av deltakerne ble observert mens de utførte kun en aktivitet, mens 43% av deltakerne ble observert under utføring av to eller flere aktiviteter.</p> <p>Sykepleierne ga to generelle vurderinger av smerte under observasjon, smerteuttrykk og intensivitet. Sykepleierne konkluderte med at pasientene som ble observert opplevde milde til moderate smerter i løpet av perioden det ble observert. Ved sårstell opplevde sykepleierne høyere prosent andel av smerte hos pasientene.</p> <p>Når de analyserer svarene fra sykepleierne kunne man se at på enkelte smerteuttrykk og intensivitet var det motstridene resultater, der sykepleierne kunne anta mer enn å vite. Men at det var enkelte smerteuttrykk som gikk igjen under vurderingene av uttrykk og intensivitet som styrket tanken deres om at pasienten hadde smerter.</p> <p>Det opplyses at smertevurdering hos personer med demens er vanskelig å vurdere pga. vansker med selvrappotering.</p>
<p>Etiske hensyn</p>	<p>Den etiske komiteen ved Universitetet i Bamberg godkjente studieprotokollen.</p>
<p>Kritisk vurdering</p>	<p>Vi fikk opp artikkelen ved bruk av manuelt søk i google scholar (se beskrevet i metodedel). Vi ble litt skeptisk på tittelen, da den nevner hjemmesykepleien. Det endret seg når vi las teksten, da så vi at artikkelen handlet om sykepleiere og demente på sykehjem.</p> <p>For å vurdere om artikkelen var godkjent, brukte vi sjekklister for kvantitativ artikkel. Vi vurderte artikkelen for å være relevant i forhold til vår problemstilling, og tok denne med.</p> <p>For å forsikre oss om at det tidsskriftet artikkelen lå i var godkjent, søkte vi opp tidsskriftet «Pain medicine» i kanalregisteret, og fikk nivå 1.</p>

ARTIKKEL 4	
Forfatter	Griffie, Julie, Christine R. Kovach, Sandy Muchka, Patricia Noonan and David Weissman
År	2000
Tittel	«Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Treatment in the Cognitively Impaired Elderly It's Not a Guessing Game».
Land	USA
Tidsskrift	Clinical Nurse Specialist – The international journal for Advanced Nursing Practice.
DOI	https://journals.lww.com/cns-journal/Fulltext/2000/09000/Nurses_Perceptions_of_Pain_Assessment_and.11.aspx
Hensikt	Studien har som hensikt å få frem sykepleieres erfaring og oppfatning av hvordan de kartlegger og behandler pasienter som har en langt kommet demens diagnose.
Metode/instrument	Grunnet interessen i sykepleierens kunnskap og erfaring ble det i denne studien brukt kvalitative metoder. På arbeidsplassen ble det utført semistrukturerte intervju som varierte fra 30 minutter – 1 time. Av samtalen ble det tatt båndopptak av tre masterforberedte sykepleiere. Analysen av data ble utført ved å transkribere intervjuene ordrett og notere signifikante utsagn. Intervjuene ble lest flere ganger og innholdet ble kategorisert. Frekvenstelling ble tatt i bruk ved kvantitative funn som virket meningsfulle. Triangulering ble brukt for å presentere funn. En 5-punkts Likert-skala ble brukt for å vurdere indikatorer som symptomer og tegn på smerter hos demenspasienter.
Deltakere/frafall	Deltakerne ble valgt ut fra seks non-profit langtidspleieinstitusjoner i Midtvesten. Fra hver institusjon ble 5 sykepleiere intervjuet. For å velge ut de 30 sykepleierne med mest kunnskap og erfaring rettet mot smertevurdering hos pasienter med demens i et sent stadium, ble det brukt målrettet prøvetaking.

	<p>Alderen blant deltakerne varierte mellom 24-63 år, arbeidserfaringen varierte fra 0,5 år – 38år og erfaring generelt med demenspasienter varierte fra 0,5 år – 25 år. Utdanningsbakgrunnen til sykepleierne i forhold til lisens, ble ikke vurdert. Ingen hadde avansert videreutdanning.</p> <p>I studien var det noen sykepleiere som hadde høyere utdanning, og som var mer representativ i vurderingen enn de med en lavere utdanning.</p>
Hovedfunn	<p>Sykepleiere opplever smertevurdering som en gjettelek. De har ikke lært i skolen, om bruk av ulike verktøy for vurdering av smerter for pasientgruppen.</p> <p>Det opplyses at sykepleierne var konsekvente og opptatt av å beskrive og vurdere pasienten ubehag og symptomer. Derfor ble det også vurdert til at vurdering og ubehag i denne pasientgruppen ofte er merkbar og systematisk, og ikke nødvendigvis er en gjettelek.</p> <p>Tegn, symptomer på ubehag, ansiktsgrimaserer og rastløse kroppsbevegelser:</p> <p>Pasientgruppen ga ofte signaler på smerter gjennom atferd, grunnet at sykdommen som gjorde det vanskelig for dem å beskrive smerter verbalt. Det var enklere for sykepleierne som hadde god kjennskap til pasienten å oppdage endringer i atferd, men fortsatt utfordrende.</p> <p>Sykepleierne mente det bør læres mer om vurderingsprosess, og vanlige tegn og symptomer på ubehag hos demente.</p>
Etiske hensyn	<p>Det var frivillig å delta og alle sykepleierne måtte gi samtykke for å bli med før intervjuet.</p>
Kritisk vurdering	<p>Ved vurdering om artikkelen var godkjent å bruke, brukte vi kvalitativ sjekklister. Spørsmål i sjekklister ble besvart «JA» og vi mener vi kan stole på artikkelen.</p> <p>Artikkelen inneholder sykepleierens oppfatning av både smertevurdering og smertebehandling hos eldre demente. Problemstillingen vår går ikke på det å behandle pasientens smerter, men det å kartlegge og vurdere pasientens smerter, og derfor har vi gått vekk i fra behandling av smerte, og fokuserer på smertevurderingen.</p>

	<p>Siden artikkelen også setter søkelys på sykepleieres erfaringer med kartlegging og vurdering av smerte, har vi vurdert den som god og riktig å bruke i vår litteraturstudie.</p> <p>Til tross for at artikkelen er fra år 2000, har vi valgt å bruke den, fordi vi ser at flere nyere artikler viser at sykepleiere fremdeles har for lite kunnskap, kompetanse og erfaring med vurdering og utredning av smerte hos pasienter med en demens diagnose.</p>
--	---

ARTIKKEL 5	
Forfatter	Brazil, Kevin, Hilary Buchanan, Bannin De Witt Jansen, Doreen Maxwell, Sonja McIlpatrick, Sharon M. Morgan, Carole Parsons, Peter Passmore og Max Watson
År	2018
Tittel	«A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives».
Land	England (London)
Tidsskrift	International Journal of Geriatric Psychiatry. Nivå 1.
DOI	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4931
Hensikt	Forskerne ønsket å finne svar på hvordan sykepleieres verktøy fungerer, ved vurdering og behandling av smerte hos pasienter med langt kommen demens, og som nærma seg slutten av livet.
Metode/instrument	Kvalitativt design. Det ble gjennomført halvstrukturerte, ansikt-til-ansikt intervju, ved at forskerne stilte deltakerne åpne spørsmål. Det ble tatt lydopptak, og alt som ble sagt i intervjuene ble skrevet ned ordrett. Det ble deretter sett opp, slik at en kan identifisere temaene. Mellom juni 2014 og september 2015 ble innhenting av data, samlet inn gjennom ansikt-til-ansikt intervjuer.
Deltakere/frafall	Det ble valgt ut deltakere, basert på erfaring med pasienter med en avansert demens diagnose og som nærmet seg slutten av livet.

	<p>Deltakerne besto av: sykepleiere, klinikere innen geriatri/demens og palliativ omsorg, akademikere spesialisert i palliativ omsorg, farmasi og allmennleger spesialiserte innen eldre voksne demente, og palliativ behandling.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>I alle de omsorgsmiljøene deltakerne kom i fra, var det enten påbudt eller anbefalt å bruke verktøyet observasjonsskjema for å vurdere smerter hos pasienter med ulik grad av demens. Funnt viser at 27,6% av deltakerne, brukte smerteverktøy ved vurdering av pasienter med en avansert grad av demensdiagnose.</p> <p>Det var varierende holdninger til bruk, og til effekt av observasjonsverktøy.</p> <p>Fem deltakere rapporterte at riktig bruk av smerteverktøy kan føre til at en raskere oppdager og gjenkjenner smerter hos pasienten. Smerteprotokoller gir mulighet for å estimere smertens alvorlighetsgrad og det gir mulighet for å overvåke hvordan pasienten reagerer på behandling. Enklere å fortsette smertevurdering uavbrutt ved rapportering, og ved overlevering av pasient i vaktskifte.</p> <p>Enklere kommunikasjon og rapportering av smerte hos pasienter, ved tverrprofesjonelt samarbeid. Sykepleiere på sykehjem mente at rapporteringen til fastlegen om pasientens smerter ble bedre ved bruk av mer standardiserte vurderinger og at ansatte som ikke hadde så mye erfaring innen smertegjenkjenning, ville få nytte av å bruke OPT.</p> <p>8 deltakere rapporterte at de brukte OPT verktøyet for å følge rutiner, men stilte spørsmål om den er effektiv og pålitelig.</p> <p>Utfordringer med om atferd og motorisk uro var pasientens måte å uttrykke smerter på, eller ikke.</p> <p>Sykepleierne har behov for opplæring om hvordan de skal vurdere symptomer på smerter hos pasienter med demens ved livets slutt. Det må også handle om kunnskap og ferdigheter, og ikke bare teori.</p>

Etiske hensyn	<p>Studiet er godkjent fra etikk komite, samt at styringstillatelse for helse- og sosialtjenester er ordnet.</p> <p>Deltakerne fikk en muntlig innføring av målt med studiet, og informasjon om at data skulle beskyttes og gjøres anonym.</p> <p>Deltakerne hadde også mulighet til å stille spørsmål og ta opp eventuelle bekymringer. Alle deltakere ga skriftlig samtykke, og etter endt studie ble all data slettet, for å sikre at anonymiteten ble opprettholdt.</p>
Kritisk vurdering	<p>Sjekkliste for kvalitativt design er gjennomført, og vi har fått «JA» på alle punkter.</p> <p>Etter å ha lese artikkelen ser vi på den som relevant for vår problemstilling, da den tar for seg smertevurdering av pasienter med en demens diagnose. Selv om vårt fokus ikke er basert på pasienter i palliativ fase.</p> <p>Vi valte å sjekke opp i kanalregisteret, om tidsskriftet artikkelen ble funnen i var godkjent til bruk i forskning. Tidsskriftet «International Journal of Geriatric Psychiatry» har nivå 1.</p>

ARTIKKEL 6	
Forfatter	Daveson, Barbara A., Clare Ellis-Smith, Catherine J. Evans, Lesley A. Henson and Irene J. Higginson
År	2018
Tittel	«How can a measure improve assessment and management of symptoms and concerns for people with dementia in care homes? A mixed-methods feasibility and process evaluation of IPOS-Dem»
Land	England (London)
Tidsskrift	PLOS ONE. Nivå 1.
DOI	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040756/?fbclid=IwAR0Xg01iaHFKbwwP3sNpiAw6eGALwyXjGP1bPt36xIBO3HyKr5PShNe6Sfk#pone.0200240.ref028

Hensikt	Forskerne ønsket å belyse konsekvenser av uoppdagede symptomer og bekymringer. Målet med studien er å forstå hvordan ulike tiltak kan være med på å vurdere og støtte personer med demens og ulikt symptombylle.
Metode/instrument	<p>Det er en kvalitativ studie, med en innebygd kvantitativ komponent i tre omsorgsboliger, underbygget av en innledende teoretisk modell av virkningsmekanismer. Vi har rettet oss inn på den kvalitative delen av studien. Fokusgruppene med familie og fagpersoner ble gjennomført hver for seg. For å få samle inn data om deltakerne ble fokusgruppe valgt som metode. For å samle inn mer data om deltakerne, ble semistrukturerte intervju tatt i bruk. De benyttet intervju med familier, omsorgspersonale, fastleger og distriktsykepleiere.</p> <p>Det ble tatt opptak, de ble ordrett transkribert og det ble skrevet notater i Novivo 10.</p> <p>Formålet med Palliative Care Outcome Scale (IPOS-Dem) ble presentert ved bruk av PowerPoint. Det ble laget temaguides for oppfølging i intervjuene, som ble gjennomgått av ekspertmedlemmer. De testet om temaguidene fungerte og studerte dem før de brukte de i studien. Det ble dannet en nød protokoll grunnet fokusgruppene og intervjuene var av sensitiv karakter. Den kvalitative studien besto av fokusgruppe før-implementering og etter-implementering. Det ble gjennomført «ikke-deltakende» observasjoner av konsultasjon mellom helsepersonellene som deltok, der forskeren observerte uten å delta selv. Deduktiv innholdsanalyse for kvalitative data.</p> <p>Innsamling av data ble utført av CES, en ergoterapeut med erfaring klinisk innen psykisk helse og demens. Fokusgrupper og registrering av observasjoner ble gjennomført av en annen forsker, og forskeren skulle sette i gang nød protokollen om det var nødvendig.</p>
Deltakere/frafall	Deltakerne som var aktuelle for studien ble rekrutterte gjennom loven om psykiskhelsevern, og ble valgt ut av den personen som hadde det ledende ansvaret i omsorgsboligene. Kravet var at deltakerne måtte ha fast plass på omsorgshjemmet, og de måtte ha en diagnostisert demens eller ha en kognitiv svikt innen ett av de ulike trinnene 4-7 (FAST).

	<p>Beboerne ble introdusert for forskerteamet, og forskerteamet møtte beboerne ansikt-til-ansikt, for å spørre dem om de ønsket å delta. De vurderte beboernes mentale helse til å gi samtykke selv, og de som hadde kapasitet til å gi samtykke selv, gjorde dette.</p> <p>Det ble sendt ut to brev til en venn eller et familiemedlem for å spørre etter samtykke eller råd om beboeren burde delta i forskningen. Dersom brev nummer to ikke ble besvart, ble en person som ikke var med i forskningsstudiet nominert til å gi råd om beboermedvirkning.</p> <p>Formelle og uformelle møter med ledere og omsorgspersonale for å rekruttere dem. 24 t før deltakelse fikk alle deltakerne et studieinformasjonsark, og de ga skriftlig informert samtykke</p> <p>Ved den endelige datainnsamlingen, ble det samlet inn for 32 beboere og 30 beboere. Pga. komplekse omsorgsbehov ble en beboer flyttet til sykehjem, og en annen beboer døde</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Det ble identifisert utfordringer ved symptomidentifisering og utfordringer ved kommunikasjon.</p> <p>Positive funn ved bruk av IPOS-Dem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bevissthet og observasjonen ble forbedret 2. Samarbeidsvurdering 3. Omfattende «bilde av personen» 4. Systematisk journalføring 5. Forbedret overvåking og gjennomgang. 6. Omsorgsplanlegging og endringer i omsorgstilbudet. 7. Tilrettelagt kommunikasjon. <p>Positivt for beboer og pårørende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forbedret symptombehandling 2. Omfattende omsorgsbehov ivaretas 3. Økt familiebemyndigelse og engasjement i omsorg.

	<p>Negativt:</p> <p>Uenighet om bruken av kartleggingsverktøyet, ville føre til mangelfull detaljert vurdering av denne pasientgruppen.</p> <p>Grundig vurdering, kunne oppnås med skriftlige tekster og rapporter i pasientens individuelle omsorgsplaner.</p>
Etiske hensyn	<p>National Research Ethics Committee-London South East, en komite for voksne som mangler kapasitet, godkjente forskingen. I tillegg fikk de godkjenning fra Local Authority Research Governance Framework. For omsorgshjem ble det innhentet etisk godkjenning, der det var nødvendig. Forskningsstyringsgodkjenning ble oppnådd for NHS ansatte, fra de respektive NHS-arbeidsgiverne.</p>
Kritisk vurdering	<p>Kvalitativ sjekklister gjennomført, og alle spørsmål i sjekklister er besvart «JA», og vi vurderer den derfor som bra.</p> <p>Tabellen fokuserer på den kvalitative delen.</p> <p>Denne artikkelen er både kvalitativ og kvantitativ. Vi har bestemt oss for å ta utgangspunktet kun i den kvalitative delen av artikkelen, da problemstillingen vår omhandler erfaringene til sykepleierne. Vi har også utelukket familie perspektivet i artikkelen i vår litteraturstudie, da vårt hovedfokus i vår studie er sykepleieperspektivet.</p>

	I tillegg har vi som en liten sikkerhet sjekket at tidsskriftet artikkelen er publisert i er godkjent for bruk i forskning. I kanalregisteret får vi opp at tidsskriftet: «PLOS ONE» er nivå 1.
--	---

ARTIKKEL 7	
Forfatter	Grov, Ellen Katrine, Liv Halvorsrud, Hanne Marie Rostad og Inger Utne
År	2019
Tittel	«Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langt kommen demens og smerter»
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning. Nivå 1.
DOI	https://sykepleien.no/forskning/2019/10/kjennetegn-ved-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens-og-smerter
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge og oppdage ulik grad av smerte hos beboere på sykehjem med demens, og sammenligne en gruppe med smerter med en gruppe uten smerter.
Metode/instrument	<p>Det er en kvantitativ, deskriptiv studie med et tverrsnittdesign.</p> <p>Ved innsamling av data, brukte sykepleierne ulike kartleggingsverktøy basert på observasjon. Standardiserte skjema ble brukt for å samle inn data om kjønn og alder. Det er brukt ulike kartleggingsverktøy, til ulike formål, blant annet forekomst av smerte. Det var sykepleiere som deltok i observasjonene. Doloplus-2 er et kartleggingsverktøy som ble brukt for å måle forekomsten av smerte.</p> <p>Fortløpende variabler ble presentert med gjennomsnitt og standardavvik, mens kategoriske variabler ble presentert gjennom frekvens og relativ frekvens i prosent. Det ble brukt en statistisk metode (t-test) for å teste om det ble funnet signifikante forskjeller mellom gruppen «smerter», og gruppen «ikke-smerter». For kategoriske variabler ble det brukt krystabeller (kjikvadrattest).</p> <p>Det ble benyttet kartleggingsinstrumenter som er anerkjente, validerte og reliable noe som styrker studien, men pga. at de er basert på observasjonen</p>

	<p>av atferd, og ikke selvrapporten hos beboeren, kan det medføre feil i fremstilling av smerteopplevelse hos beboeren.</p>
Deltakere/frafall	<p>Det ble invitert sykehjem i tilfeldig rekkefølge fra fire fylker i østlandsområdet. Innsamling av data var i perioden mars 2015 til juni 2016. De samlet inn data om kjønn, alder og sykepleierne brukte kartleggingsverktøy for å samle inn klinisk informasjon og observasjon om deltakerne. Totalt i studien deltok 112 beboere fra 16 sykehjem.</p> <p>Deltakerne som ble aktuelle å være med i studien ble vurdert ut ifra to trinn. Trinn 1: Beboere >65, som hadde en langt kommen demens og som ikke kunne si ifra selv når de hadde smerter. Beboere ved korttidsopphold mindre enn 4 uker, ble ikke spurt om å delta i studien. Trinn 2: Beboere som ble inkludert i studien - ble kartlagt ut ifra trinn 1, ved at de pasientene som hadde smerte, tegn til uro og/eller NPS av klinisk betydning. Totalt ble 121 beboere inkludert i trinn 1, og null ekskludert i trinn 2.</p> <p>En beboer døde, 2 ble tatt vekk etter vurdering av sykepleier og 6 beboere fra ett sykehjem av de 121 deltakerne fra 1 og 2 trinn. 9 trakk seg fra studie og ble ekskludert fra studien før det ble startet innsamling av data. Fra 16 sykehjem deltok til sammen 112 sykehjemsbeboere.</p>
Hovedfunn	<p>Funn viste at gjennomsnittsalderen for de 112 sykehjemsbeboerne med demens som deltok i studien var 84 år, og hele 70% av dem var kvinner.</p> <p>Det ble avdekt at smerter er et hyppig forekommende problem hos eldre med demens på sykehjem. Det kom frem at 2/3 av utvalget hadde smerter, ifølge bruk av kartleggingsverktøyet Doloplus-2.</p> <p>Et annet funn var høy gjennomsnittskår for nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet, som viste til at smertegruppen hadde lavere livskvalitet, enn ikke-smertegruppen.</p> <p>Funn viser også at smertegruppen var mer utsatt for fysiske og psykiske helseutfordringer, de hadde mer behov for hjelp i ADL og de hadde høyere forekomst av depressive symptomer, enn ikke-smertegruppen. Økt</p>

	<p>hjelpebehov er også den hyppigste årsaken til at nettopp denne pasientgruppen har behov for å være på sykehjem.</p> <p>Det ble ikke funnet smerteforskjeller mellom kjønn og alder, eller noen sammenheng mellom smerter og andre somatiske lidelser.</p>
Etiske hensyn	<p>Innhentet skriftlig samtykke før studiestart fra beboerens nærmeste familie. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk godkjente studien (REK sør-øst, referansenummer 2014/1431).</p>
Kritisk vurdering	<p>Først og fremst så vi på nettsiden, at artikkelen er fagfellevurdert gjennom et norsk vitenskapelig tidsskrift «Sykepleien Forskning».</p> <p>Vi studerte «metode» avsnittet i artikkelen, og fant at det er en kvantitativ artikkel med et tverrsnittdesign. Vi tok derfor i bruk sjekklister for kvantitativ design.</p> <p>Dette er en kvantitativ studie, men vi ønsker å bruke den til vår kvalitative litteraturstudie, da vi ser at det er en god del av det som kommer frem i resultatet som bygger opp vår problemstilling.</p>

ARTIKKEL 8	
Forfatter	Knudsen, Liv-Berit og Toril Agnete Larsen
År	2013
Tittel	«Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste».
Land	Norge
Tidsskrift	Nordisk Sygeplejeforskning. Nivå 1.
DOI	https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06
Hensikt	Var å beskrive, hvilke systemer for rutiner og prosedyrer de bruker for å avdekke smerter hos eldre pasienter i virksomheter med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste.

Metode/instrument	<p>Studien er en deskriptiv tverrsnittstudie, der de har brukt spørreskjema med åpne og preformulerte forskningsbaserte spørsmål ved kartlegging. Spørreskjemaet ble diskutert og pilottestet av tre fagpersoner fra sykehjem, sykehus og utdanningsinstitusjon. Det ble gitt skriftlig og muntlige tilbakemeldinger.</p> <p>Forskerne ville tilegne seg kunnskap om pasienter og brukere, kompetansen til personalet, hvilke systemer virksomhetene har for prosedyrer og rutiner som avdekker smerteproblematikk.</p> <p>Det var syv spørsmål i spørreskjemaet. De fire første omhandlet pasientens kjønn, alder, hukommelsesproblemer og om pasienter har en diagnostisert demenssykdom. I tillegg ønsket de å vite hvor mange helsepersonell virksomheten har, og kompetansen de har.</p> <p>Ett spørsmål omhandlet hvilket system virksomhetene bruker ved dokumentasjon av smerter, og i hvilken kategori det ligg i. Ett annet spørsmål omhandlet kartlegging og kartleggingsverktøy. I tillegg om de har rutiner for å avdekke smerter.</p> <p>Siste spørsmål omhandlet om det var blitt undervist i smerter det siste året. Journalen til pasienten med smerte, ble brukt for å registrere smerte og tidspunkt for smerte.</p>
Deltakere/frafall	<p>Det ble gjennomført et strategisk utvalg av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester høsten 2011 i en region i Norge.</p> <p>Delmålet var å være pådriver for fag og tjenesteutvikling i definerte satsningsområder både nasjonalt og lokalt, derfor valgte de å inkludere Utviklingssentrene.</p> <p>Fra åtte kommune, fikk 16 virksomheter tilsendt et informasjonsskriv om studien, og spørsmål om deltakelse. Når svarfrist utløp, ble det sent purring til virksomhetene det gjaldt. 14 virksomheter besvarte spørreskjemaene, og 10/14 av virksomhetene var i institusjon.</p>

	<p>I studien deltok totalt ti institusjoner og fire hjemmetjenester med 45 enheter. Antall pasienter varierte i institusjonene 12-75, men fire av institusjonene hadde over 30 pasienter.</p> <p>Totalt deltok 301 pasienter fra institusjon, og flertallet av disse var kvinner (66,4). Resterende fra hjemmetjenester (479 pasienter).</p>
Hovedfunn	<p>Det kom frem i studien at det var et større antall demente i institusjon (42,5%), kontra hjemmebasert omsorg (13,4%).</p> <p>I studien hadde noen av sykepleierne på sykehjemmene videreutdanning innen omsorg for demens, veiledning og ledelse. Mens i andre virksomheter hadde de ikke det.</p> <p>En virksomhet i studien fortalte at de ikke har systemer for kartlegging av smerte. Andre beskriver at smertevurdering til vanlig inngår i det daglige arbeidet, men at det ikke er plassert i system.</p> <p>Det kom frem i studien at seks av virksomhetene ikke brukte kartleggingsverktøy for smerte, mens andre brukte ulike kombinasjoner av verktøy som selvrapporteringsskjema, kroppskart og observasjonsskjema. De som ikke brukte kartleggingsverktøy, synes det var bedre å bruke pasientens journalsystem for dokumentasjon. Virksomheter i institusjon bruker ofte selvrapporteringsskjema, kroppskart eller en kombinasjon.</p> <p>I stedet for å bruke vurderingsskjema for smerte, ble det rapportert at åtte virksomheter brukte generelle observasjoner. Noen av virksomhetene registrerte smerte av pasienter ved innkomst, mens andre ikke gjorde det.</p> <p>Ved smerteoppfølging var det flere av virksomhetene som rapporterte at de hadde rutiner for det, mens andre ikke hadde det.</p> <p>Det kom frem at generelt pasienter med en demensdiagnose har smerteproblematikk.</p> <p>Det rapporteres at noen av virksomheter har hatt opplæring og undervisning om smerte de siste årene, mens andre virksomheter prioriterer at personal får delta på kurs. Noen virksomheter har ikke hatt noe i det hele tatt.</p>
Etiske hensyn	<p>Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste tok imot og godkjente prosjektet. Utviklingssentrene fikk deretter informasjonsskriv om deltakelse. Hver virksomhet fikk en kode, datainnsamlingen ble behandlet gruppevis og aidentifisert. Ved prosjektslutt ble spørreskjema makulert.</p>

Kritisk vurdering	<p>Utfra metodedelen i artikkelen, kom vi frem til at det var en kvantitativ studie og valgte sjekklister ut fra det.</p> <p>Når vi studerer artikkelen ser vi at det helt øverst står at artikkelen er «Fagfellevurdert». Videre ser vi at den har med følgende: sammendrag, hensikt, metode, resultat og diskusjon. Noe som blei med i vurderingen om at dette er en godkjent forskningsartikkel og at det ikke er en fagartikkel. Selv om artikkelen tar for seg både institusjon og hjemmetjeneste, har vi valgt å ta utgangspunkt i sykehjems delen, siden den er relevant for vår problemstilling.</p> <p>For å være sikker på at tidsskriftet er godkjent som bruk i forskning har vi søkt opp «Nordisk sygepleie forskning» i kanalregisteret og funnet ut at tidsskriftet har nivå 1.</p>
--------------------------	--

Vedlegg 4: Kvalitativ sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

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

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

Om sjekklisen

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

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

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

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

«Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»

Lillekroken, Daniela og Åshild Slettebø. 2013. "Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer." *Nordic journal of nursing research* 33 (3): 29-33. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/010740831303300307>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskerne ønsket å belyse sykepleierens kompetanse, og hvilke erfaringer sykepleiere har innen kartlegging og lindring av smerter hos personer med en demens diagnose.

Det er sykepleierne som ser pasienten og observerer pasienten som har størst grunnlag for å gjenkjenne når pasienten er i smerter eller ikke. Hos pasienter som har en demens diagnose er det rapportert at spesielt eldre pasienter er underbehandlet for smerter. Siden det er en utfordring å kartlegge smerte hos eldre pasienter med demens, krever det at sykepleierne har kunnskap, kompetanse og vurderingsevne til å gjøre nettopp dette.

Problemstillingen er relevant da det nevnes at det forskes lite på, men temaet har fått en økende bevissthet. Den er relevant for vår litteraturstudie da vi ønsker å belyse en sykepleiers erfaring, angående hvordan de kan vurdere og kartlegge smerter hos pasienter med demens.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

JA. Det er hensiktsmessig da en ønsker å belyse sykepleierens erfaringer og kompetanse. Ved innsamling av data ble det brukt kvalitativt forskningsintervju for å belyse sykepleierens erfaringer.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Ved innsamling av data i den kvalitative studien, ble det brukt en semistrukturert intervjuguide og fokusgruppeintervjuer. Studien har et utforskende design. Det ble stilt deltakerne utdypende og supplerende spørsmål om kunnskapen deres.

Fokusgruppeintervjuene ble modererte førsteforfatteren. Under intervjuene var der en comoderator som dokumenterte dynamikken i gruppene. Alle deltakerne skulle få komme til ordet. Det var både individuelle erfaringer og erfaringer gjennom gruppe.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Deltakerne kom fra to sykehus og en kommunal skjermet avdeling på et sykehjem, på Østlandet. Hvem som skulle være med fra hver av de avdelingene ble rekruttert av lederen ved avdelingen. Arbeidserfaring innenfor omsorg hos demente, geriatri og/eller eldre varierte fra 3-35 år. Mellom deltakerne var der et aldersspenn fra 24-61 år. Det var ikke registrert deltakere som ikke deltok. Ingen hadde videreutdanning innen eldre omsorgen.

Utvalg gjekk ikke ut på kjønn, alder o.l. Pasientene hadde en demens diagnose og bodde på sykehjem. Sykepleierne var ansatt ved geriatrik avdeling.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det ble brukt semistrukturerte intervju og fokusgruppeintervju. I hver av de tre ulike fokusgruppeintervjuene ble deltakerne inndelt i syv, fem og seks på hver gruppe.

Lydbånd ble brukt for å ta opp det som ble sagt i fokusgruppeintervjuene. En som har vært til stede under intervjuene gjennomfører analysen ved å transkribere verbatim umiddelbart etter gjennomføring.

Sykepleierens erfaring med smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring var temaene i intervjuguiden. Utdypende spørsmål og oppfølgingsspørsmål om metoder for kartlegging av smerte, lindring av smerte og smerteevaluering. Det ble organisert dialog i hver gruppe, og deltakerne ble oppfordret til å stille hverandre spørsmål.

Deltakerne ble delt inn i tre fokusgrupper høsten 2008, der fem deltakere var i en gruppe, seks deltakere i en og syv deltakere i den siste gruppen.

Samtalene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Intervjuene varte i 1-2 timer, og ble gjennomført på personalets arbeidsplass og i arbeidstiden.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Det ble belyst at hos pasienter med demens, så kan det være en utfordrende å foreta en smertevurdering. Det blir stilt krav til kompetansen og vurderingsevnen til sykepleieren. Dette tas i betraktning i studien.

Redusering av funnenes overførbarhet i studien kan være en begrensning pga. at det er med sykepleiere fra kun to sykehus og ett sykehjem. Fra kun 3 fokusgruppeintervjuer ble det innhentet data, noe som kan føre til ensformet utvalg blant deltakerne. Informantenes meninger kan bli begrenset.

Likevel ble deltakernes erfaringer og kunnskap med utfordringer ved kartlegging av smerte, og lindring av smerte belyst pga. at datagrunnlaget var tilstrekkelig.

Grunnet at det kan være datagrunnlaget er gjenkjennbare innenfor fagfeltet, kan det bidra til å forsterke funnenes troverdighet.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Anonymiseringen ble ivaretatt ved at navn ikke ble benyttet. Alle deltakerne i studien fikk tildelt et nummer. Alle deltakere leverte inn skriftlig samtykke før fokusgruppeintervjuer startet opp. Alle data ble behandlet anonymt og konfidensielt, og igjen fjernet etter endt studie. Studien ble også meldt inn og godkjent av Personvernombudet for forskning.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Analysearbeidet ble utført av en person som hadde vært til stede under intervjuene. Intervjuene ble transkribert ordrett rett etter intervjuet. Det var 10-12 dager mellom hvert intervju. Transkripsjonene fra alle tre intervjuene som skulle analyseres ble til sammen 76 sider. 58 av sidene ble skrevet på data, mens de 18 siste var notatene fra under intervjuene.

Analysearbeidet tok utgangspunkt i to metoder, «Malteruds» metode for tekstkondensering (fire trinn), og «Table Approach» metoden. Der like utsagn som handler om det samme blir klipt og limt sammen, og deretter gruppert i en matrise.

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

Ja – Nei – Uklart

Artikkelen tar også opp utfordringer og dilemmaer ang smertelindring, men siden det ikke er relevant for vår problemstilling å «behandle» for smerter, tar vi ikke med det som omhandler smertelindring. Artikkelen er relevant og vurderes som bra etter kvalitativ sjekklister.

Søk etter tidsskriftet: «Nordic journal of nursing research» i kanalregisteret, viste til at tidsskriftet er godkjent forskning.

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det er gjentakende at det som sykepleier er utfordrende å jobbe med denne type pasientgruppe når det kommer til vurdering og kartlegging av smerte. Det kommer frem at det er mye hensyn som må tas i betraktning ved denne type vurdering av demens pasienter, og når det kommer til medisinerer. Sykepleierne i studien hadde ulike og like meninger. De mente at det var flere ting som påvirket pasientene ulikt mtp ulik grad av demens, somatisk og psykisk sykdom, og at forståelsen og kunnskapen sykepleier har, påvirker utfallet hos pasienten.

Spørsmål som ble stilt i fokusgruppeintervjuene opp imot informantens utsagn, var med på å ivareta validiteten av studien. Intervjusubjektiv validering blir dette kallet. Det ble også brukt kommunikativ validitet der informanten fikk avkrefte eller bekrefte forskerens tolkninger av spørsmålet som ble stilt opp mot utsagnene som kom frem. Troverdigheten til forskningen blir forsterket ved at intervju ble transkriberte ordrett av en førsteforfatter som var til stede under intervjuene.

Med tanke på at det ikke finnes så mange studier som er kvalitative innen denne problemstillingen, kan utsagnene fra deltakerne bekreftes av andre forskninger.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Selv om denne studien går noen år tilbake, ser vi i praksis den dag i dag at det fortsatt er en utfordring å kartlegge å vurdere smerter hos pasienter med en demensdiagnose. Det kan også være en grunn til at pasienter som har en demens diagnose og som ikke klarer å

uttrykke seg verbalt, men uttrykker nonverbal smerter – at dersom sykepleierne ikke har nokk kunnskap om dette vil det kunne føre til at pasienten lider unødvendig.

Som sykepleiere har vi selv ansvaret or å tilegne oss fagkunnskap og arbeide etter dette.

Ulike kartleggingsverktøy for observasjon, smerter og kontinuerlig fokus på smerter hos pasienter med demens, trengs opplæring i, slik at sykepleierne kan vurdere smerter og lindre smerter mer effektivt.

Det kom frem i studien at strategier for og implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy trengs å forske mer på. Det fins få kvalitative studier som baserer seg på identifisering av sykepleierens kunnskap, kompetanse og erfaring når det kommer til kartlegging av pasienter med demens, sykdommen, samhandling og smertelindring – derfor trengs det også mer forskning på dette.

Overførbarhet av funnene er litt begrenset grunnet at det kun ble inkludert begrenset antall sykepleiere fra ett sykehjem og to sykehus. Det er innhentet data tre fokusgruppeintervju, med et ensartet utvalg som kan føre til samsvar i meninger hos deltakerne. Datagrunnlaget har samlet fått frem erfaringer og ny kunnskap om utfordringer rundt smertekartlegging og smertelindring av pasientgruppen.