

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom?



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

X Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studie

Sammendrag

Bakgrunn

Kartlegging av norske sykehjem tyder på at om lag åtte av ti beboere har en demenssykdom. Smerte er en stor problematikk blant eldre, og særlig de som ikke verbalt klarer å uttrykke seg, er ekstra sårbare. Pasienter med demens går inn under denne gruppen, og de er avhengig av sykepleieren sine observasjoner og tolkninger. Dette er en krevende og utfordrende oppgave for sykepleieren. Uten god nok smertelindring, vil pasienten kunne oppleve dårligere livskvalitet. Vi ønsker derfor å se på ulike metoder sykepleieren kan bruke for å vurdere smerter hos pasienter med demens.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere bedre kan vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom.

Metode

Metoden som er tatt i bruk i oppgaven er en integrativ litteraturstudie. Denne metoden blir brukt til å sammenligne kvalitative forskningsartikler.

Resultater

Resultatene viser at det kliniske blikket og relasjonen til pasienten har mye å si for hvordan en vurderer smerter hos pasientene med demens. Studiene viser at de fleste unnlater å bruke smertekartleggingsverktøy, og baserer vurderingene på sine intuisjoner.

Nøkkelord

sykepleie, demens, smerter, faglig skjønn, klinisk blikk, relasjon, smertekartleggingsverktøy og pleielidelse.

Abstract

Background

A mapping of Norwegian nursing homes indicates that approximately eight out of ten residents have dementia. Pain is a significant issue among the elderly, particularly those who are unable to verbally express themselves are especially vulnerable. Patients with dementia fall into this category, and they must rely on the observations and interpretations of nurses. This is a demanding and challenging task for the nurse. Without adequate pain relief, the patient may experience a lower quality of life. We therefore want to explore various methods that nurses can use to assess pain in patients with dementia.

Purpose/aim

The aim of the study is to investigate how nurses better can assess pain in patients with dementia.

Method

The method used in the thesis is integrative literature review. This method is used to compare qualitative research articles.

Results

The results show that the clinical view and the relationship with the patient have a lot to say about how pain is assessed in patients with dementia. The studies show that most people fail to use pain assessment tools and base their assessments on their intuitions.

Keywords: nurse, dementia, pain, professional judgement, clinical perspective, relations, pain assessment tool and nursing disorder.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt med oppgaven.....	7
2 Teoretisk rammeverk	7
2.1 Demens.....	7
2.2 Smerter.....	8
2.2.1 Smertekartlegging.....	8
2.3 Faglig skjønn.....	9
2.4 Pleielidelse.....	9
3 Metode	10
3.1 Litteraturoversikt.....	10
3.2 Kvalitativ metode.....	10
3.3 Søkeprosessen.....	11
3.3.1 Valg av søkeord.....	11
3.3.2 Avgrensninger.....	11
3.3.3 Valg av databaser.....	12
3.3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	12
3.3.5 Valg av artikler.....	12
3.3.6 Kvalitetsgransking.....	13
3.4 Analyse av artikler.....	13
3.4.1 Oversiktstabell over valgte artikler.....	15
4 Resultater	18
4.1 Det kliniske blikket.....	18

4.2 Relasjonen til den demensrammede	19
4.3 Smertekartleggingsverktøy	20
5 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Forskernes bakgrunn og forskningsarena	21
5.1.2 Informantene i studiene	22
5.1.3 Etske overveielser.....	22
5.1.4 Litteraturoversikt som metode.....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Det kliniske blikket.....	24
5.2.2 Relasjonen til den demensrammede	26
5.2.3 Smertekartleggingsverktøy	28
5.2.4 Konklusjon.....	30
6 Anvendelse av resultatene i praksis.....	30
7 Referanser.....	32
8 Vedlegg.....	35
8.1 Søkelogg:.....	35
8.2 Litteraturmatrise:	36

Antall ord: 7848

1 Innledning

I følge Store Medisinske Leksikon er demens “en fellesbetegnelse på organiske sykdommer i hjernen som fører til en generell intellektuell svikt, glemsomhet, desorientering og sviktende dømmekraft.” (Engedal, 2022). Sykepleie til de med demenssykdom handler om å støtte, bevare personens egen mestring og opplevelse av å være en verdifull person, uavhengig av alvorlig sykdom (Skovdahl, 2020, s. 426). Dette kan helsepersonell gjøre gjennom å tilrettelegge for aktiviteter der pasienten kan bruke ressursene sine, uten unødvendig opplevelse av å mislykkes. Da skaper man gode “nå” øyeblikk, der dagene blir meningsfulle og pasienten kan sitte igjen med en god følelse, selv om dette kan bli glemt i ettertid. (Skovdahl, 2020, s. 427).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet i denne oppgaven er noe vi begge har erfaring med fra tidligere, og syntes det burde bli en økt bevissthet rundt. Kartlegging av sykehjem i Norge tyder på at om lag åtte av ti beboere har en demenssykdom (Førland & Braut, 2023). Smerte er en stor problematikk hos syke eldre. Pasienter som ikke selv klarer å verbalt uttrykke smerte er ekstra sårbare, og avhengige av sykepleieren sine observasjoner og tolkninger (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). En norsk studie viser at sykepleiere var usikre i forhold til om pasienten hadde smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Dette kan resultere i at pasientene ikke får god nok smertelindring, og derav dårligere livskvalitet. På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke ulike metoder for hvordan sykepleiere kan vurdere smerter hos pasienter med demens. Dette for å kunne bedre kartleggingen og omsorgen til denne pasientgruppen.

1.2 Problemformulering

Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen (2023), er det i dag over 100 000 mennesker som er rammet av demenssykdom. Disse tallene vil sannsynligvis dobles de neste tjue årene (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2023). Demens er en sykdom som gir redusert hukommelse, svekket språkbeherskelse og manglende refleksjonsevne (Husebø, 2009, s. 1996). “Ved demens kan områder i hjernen som oppfatter sanseintrykk, ha skader som vanskeliggjør

tolkningen.” (Skovdahl, 2020, s. 422). Pasienter med demens vil derfor ha en dårligere evne til å kunne tolke og uttrykke smerte. Sykepleierens oppgave blir da å vurdere hvor og i hvilken grad pasienten har smerte. Dette er en utfordrende og krevende oppgave for sykepleiere fordi de i større grad må bruke klinisk blikk, noe som også krever en del erfaring. Vi ser derfor et økende behov for ny kunnskap rundt denne problematikken. Ny kunnskap vil kunne bidra til en utvidet forståelse og bevissthet, rundt vurdering av smerte hos personer med demens.

1.3 Hensikt med oppgaven

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere bedre kan vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet skal teorien som er relevant for oppgaven presenteres. Derav litt om demens, smerter og smertekartlegging, samt faglig skjønn og pleielidelse.

2.1 Demens

Det finnes flere ulike former for demens, og symptomene avhenger av hvordan hjernen har blitt påvirket (Skovdahl, 2020, s. 419). De ulike typene er: Primærdegenerative, vaskulær, og sekundære demenssykdommer. Primærdegenerative demenssykdommer dekker undergruppene: Alzheimers sykdom, frontotemporal demens, lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl, 2020, s. 419). Generelle symptom på demens er redusert hukommelse og læringsevne, svekket oppmerksomhet, vansker med å orientere seg, handlingssvikt, manglende evne til å forstå sanseinntrykk og adferdsmessige og psykologiske endringer (Skovdahl, 2020, s. 422-423). I Norge bruker man systemet ICD-10 laget av WHO, som bruker ulike kriterier som sier noe om funksjonsnivået til personen, for å dele demens inn i mild til alvorlig grad (Skovdahl, 2020, s. 421)

2.2 Smerter

“Smerte er et sentralt fenomen innen sykepleiefaget, og sykepleiere møter pasienter med smerte i mange kliniske sammenhenger” (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 18). Smerte er ikke bare sentralt hos sykepleiere og helsepersonell, men et begrep som de fleste kjenner til. Den er personlig, noe som vil si at den kun kan forstås av personen som selv opplever smerten (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 23). Dette medfører at du som sykepleier er pliktig til å hente inn nødvendig informasjon og ta hensyn til pasientens formidling av smerte (Nortvedt & Ljoså, 2021, s.32). Smerte kan deles inn i ulike typer, eksempelvis nociseptiv og nevropatisk smerte (Nortvedt & Ljoså, 2021, s.24). Videre er det også vanlig å klassifisere smertene etter hvor lenge den varer. Det vil si enten akutte smerter som varer inntil 3 måneder, eller langvarige smerter som varer over 3 måneder (Nortvedt & Ljoså, 2021, s.25). Det å kunne observere og kartlegge smertene hos en pasient er en viktig sykepleieoppgave, og er avgjørende for å gi tilfredsstillende smertelindring til pasienten (Danielsen et al., 2022, s.444).

2.2.1 Smertekartlegging

For å kartlegge smertene til en pasient, er det viktig å innhente informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet, og hvordan den påvirker funksjonsnivået til pasienten. Her blir det etablert en datasamling for å kartlegge symptomer (Danielsen et al., 2022, s. 444). En kan benytte seg av flere ulike metoder for å kartlegge og vurdere smertene til en pasient. Ofte brukes ulike spørreskjemaer og skalaer. Ved bruk av kartleggingsverktøy kan pasienten selv gi en troverdig vurdering av smerten (Danielsen et al., 2022, s.445). De deles inn i endimensjonale og flerdimensjonale, hvor eksempler på endimensjonale skalaer er “Visuell analog skala” (VAS) og “Visuell numerisk skala” (NRS). Flerdimensjonale skalaer er for eksempel “McGill smerteskjema”, som både måler smerteintensitet og hvordan smerten påvirker pasienten (Danielsen et al., 2022, s. 445).

Hos pasienter som ikke har språk, og ikke klarer å uttrykke seg verbalt, kan det oppstå utfordringer. For de uten språk kan det være nyttig å ta i bruk “faces pain rating scale” (FPS) dersom man skal ta i bruk et smertekartleggingsverktøy. Her trenger man ikke kunne uttrykke seg

verbalt for å vurdere pasientens smerter (Danielsen et al., 2022, s.445). Hos denne pasientgruppen vil fysiologiske tegn og atferdsendringer ha større betydning for smertevurderingen enn hos andre (Danielsen et al., 2022, s.445). Flere verktøy er utviklet for å kunne utrede smerter hos de med alvorlig grad av demens, to er oversatt til norsk: MOBID-2-smerteskala og Doloplus-2 (Helsedirektoratet, 2022). Når en pasient ikke selv kan rapportere smerter, kan en bruke disse verktøyene, men det er viktig at en bruker klinisk skjønn i tillegg (Torvik & Sandvik, 2021, s.406).

2.3 Faglig skjønn

Kunnskapen om å utøve faglig skjønn er det Kari Martinsen setter høyest når hun omtaler den kloke og faglig dyktige sykepleieren som sitt ideal (Kristoffersen, 2021, s. 271). Skjønn henger ofte sammen med omsorg og har utgangspunkt i en situasjon. Skjønn er noe vi trenger i situasjoner hvor usikkerhet kommer frem (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.216). Når normer er motstridende og det er ulike hensyn som må tas, står man ovenfor et etisk dilemma. Da må veiledende normer skjønnes (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.216). Lover og normer er presentert for å ivareta verdier, men i møte med eksakte situasjoner kan det hende at hensikten om det beste ikke alltid vil skje selv om en følger disse (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.217). Skjønn opparbeides gjennom erfaringer, og det finnes ingen skjønn uten erfaring. Det å kunne oppfatte en situasjon, og vurdere den godt, er avhengig av de erfaringene du skaper (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.218). Fortolkningen er en sentral del av skjønnet og handler om forståelsen av en gitt situasjon (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.218).

2.4 Pleielidelse

Vi opplever ulike former for lidelse gjennom livet, eksempel på dette er sykdomslidelse og pleielidelse (Kristoffersen & Breievne 2021, s. 53-54). "Ifølge Eriksson (1995) er pleielidelsen knyttet til pasientens opplevelse i selve pleiesituasjonen. Hun sammenfatter pleielidelse i følgende kategorier: *Krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie.*" (Kristoffersen & Breievne 2021, s. 54). Uteblitt pleie er manglende pleie som kan variere fra små oppgaver som å ikke få stelle håret, til å ikke dekke de grunnleggende behovene. Når en ikke får dekket de grunnleggende behovene, kan det gi pasienten en følelse av håpløshet

og lidelse. Dette kan oppleves som at en ikke får tilstrekkelig hjelp, og at det ikke er mulighet å komme seg ut av lidelsen (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 56). Eriksson beskriver lidelse som en kamp, der kampen er på det mest intense når mennesket selv ikke har mulighet til å formidle lidelsen sin til andre (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 48).

3 Metode

«Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland, 2021, s.54). Det finnes flere ulike metoder, og begrunnelsen for hvilken metode vi velger avhenger av hvilken metode som egner seg best til å svare på problemstillingen (Dalland, 2021, s.53). I denne oppgaven skal det gjøres en litteraturoversikt.

3.1 Litteraturoversikt

Litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over et visst område eller problem, ved bruk av eksisterende forskning (Friberg, 2017, s.141). I denne oppgaven skal vi gjøre en beskrivende litteraturoversikt med en metasyntese. I en metasyntese så sammenstilles, analyseres og tolkes allerede publiserte forskningsresultater (Friberg, 2017, s.130). Målet med å gjøre en metasyntese er å skape et sammenfattende bilde av et spesielt fenomen. Det vil si at en ikke legger til et resultat til et annet, men kommer frem til noe nytt (Friberg, 2017, s.131). Det skal bli gjort en beskrivende syntese, noe som vil si at det skjer minimum med omtolkning, og analysen er derfor nær dataene som er samlet inn. Dette skal deretter føre veien mot et nytt resultat (Friberg, 2017, s.131) Metasyntese ses i dag som en akseptert analyse som bidrar med viktig kunnskap rundt kvalitative forskningsproblem (Friberg, 2017, s.131).

3.2 Kvalitativ metode

“De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.” (Dalland, 2021, s. 54). Denne forskningsmetoden har som mål å øke forståelsen. Det bygger på at større kunnskapsverdi vil bli skapt dersom resultatene fra flere studier blir

sammenstilt, og det blir skapt en sammensatt kunnskap om ett spesifikt fenomen (Friberg, 2017, s. 129). Ulike kjennetegn ved kvalitative metoder er at de ofte går i dybden, og datasamlingen skjer i direkte kontakt med feltet. Informasjonen i kvalitativ forskning blir ofte samlet inn gjennom intervjuer, og de dataene som samles inn skal få frem en helhet (Dalland, 2021, s.55). De kvalitative forskningsartiklene skal legge grunnlaget for resultat- og diskusjonsdelen i oppgaven. Forskningsartiklene har blitt valgt ut gjennom en søkeprosess.

3.3 Søkeprosessen

Søkeprosessen inkluderte valg av søkeord, avgrensninger, valg av databaser, inklusjon og eksklusjonskriterier, valg av artikler og kvalitetsgranskning. Denne prosessen la grunnlag for forskningsartiklene som brukes videre i oppgaven.

3.3.1 Valg av søkeord

For å komme frem til problemstillingen for oppgaven ble det satt opp et PICO-skjema. Dette fordi det er en hjelp for å få tak i det en ønsker å studere, og tydeliggjør argumentasjonen (Friberg, 2017, s.42). Da kom vi frem til problemstillingen «Hvordan sykepleiere kan vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom». Ut fra problemstillingen ble søkeordene «Dementia» og «Pain assessment» funnet. Disse ble satt sammen ved hjelp av søke-operatøren «AND», som er en boolsk søketeknikk som kombinerer de ulike søkeordene (Östlundh, 2017, s.72). For å avgrense søket mer, inkluderte vi i etterkant søkeordet «nurse», slik at søket ble «Dementia» AND «pain assessment» AND «nurse». Grunnet få artikler på dette søket, ble det også brukt ordet «pain», ved bruk av trunkering slik at alle bøyingsformene av ordet kom med i søket. Det ble gjort ved bruk av «*», og da ble søkeordet «pain*», (Östlundh, 2017, s.71). Søket ble da «Dementia» AND «pain*» AND «nurse».

3.3.2 Avgrensninger

I søkeprosessen ble det oppdaget at flere av artiklene som inneholdt de søkeordene som er beskrevet ovenfor, også inneholdt «pain management» og «pain relief» som betyr smertehåndtering og smertelindring. Oppgaven skal sette søkelys på smertevurdering, og

utelukker derfor det som omhandler håndtering og lindring av smerter hos personer med demens. Andre avgrensninger er fysiske smerter. Oppgaven skal konsentrere seg om de fysiske smertene som påføres av en eventuell skade eller sykdom, og har ikke tatt stilling til de psykiske smertene som en kan oppleve.

3.3.3 Valg av databaser

Det finnes flere ulike databaser hvor en kan finne empiriske forskningsartikler. Databasene som ble søkt i ble funnet via bibliotekets nettside. For å finne relevante artikler som samsvarte med hverandre, krevde det mye forarbeid og gode søk. Det ble søkt i flere databaser, derav Pubmed, Svemed+, Cinahl, Medline og Idunn. Til slutt var det artikler fra Cinahl og Idunn som ble brukt videre i oppgaven. Det var mye litteratur som kom ved de ulike søkene som ble gjort, og for å finne de mest aktuelle forskningsartiklene var det nødvendig med videre avgrensninger.

3.3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I databasene var det mulighet for å avgrense søket slik at det ikke ble for mange artikler. Dette kalles inklusjon- og eksklusjonskriterier, og det omhandler ulike krav som artiklene har (Støren, 2013, s. 37). Inklusjonskriterier for oppgaven var at artiklene skulle være fagfellevurdert, ha sykepleieperspektiv, samt fra tidsrommet 2013-2023. For at informasjonen skulle være mest mulig oppdatert, var det viktig at artiklene var relativt nye, og artikler som var over 10 år gamle ble dermed ekskludert. Dersom artikkelen ikke var bygget opp etter IMRaD strukturen, ble de også ekskludert. IMRaD strukturen er veldig vanlig i internasjonale tidsskrifter, og bygger på flere grunnleggende spørsmål som artikkelen skal svare på. Det er enkelte tidsskrifter som kun godtar denne strukturen, og det ble derfor et godt kriterium for oppgaven (Støren, 2013, s. 15). Artiklene skulle være kvalitative empiriske forskningsartikler. Oversiktsartikler og teoretiske artikler ble ekskludert.

3.3.5 Valg av artikler

Når inklusjon- og eksklusjonskriteriene var bestemt, var oppgaven å velge ut hvilke artikler som skulle brukes videre i oppgaven. Noen av artiklene som ble funnet måtte ekskluderes, da de ikke

omhandlet kriteriene som ble omtalt i avsnittet over. En annen artikkel ble også utelukket da resultatene og forskningen ikke samsvarte med hensikten og problemstillingen oppgaven hadde. Etter denne prosessen sto det igjen fire artikler som kunne brukes videre. Artikkelen som sto igjen til slutt var alle fra sykehjem eller sykehus, og dette ble derfor en naturlig seleksjon. Videre blir artiklene gransket, analysert og satt i oversiktstabell.

3.3.6 Kvalitetsgransking

Når artiklene er valgt, er det viktig å granske artiklenes kvalitet for å avgjøre om de er relevante og inkludere i oppgaven (Friberg, 2017, s.147). Ved bruk av spørsmål stilt fra «sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie» ble artiklene gransket og vurdert (Helsebibloteket, 2021). Alle artiklene svarte godt på spørsmålene, og ble derfor inkludert i oppgaven. Tidsskriftene som artiklene er publisert i ble også søkt opp i kanalregisteret for å sjekke om de var godkjent å bruke, og her var alle tidsskriftene registrert som nivå 1. Dette vil si at de tilfredsstillt minimumskravene til vitenskapelighet, dervav ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og minimum nasjonal forfatterkrets (Kanalregisteret, u.å).

3.4 Analyse av artikler

For å analysere artiklene ble det brukt Fribergs (2017) analysemodell. Denne bygger på 5 steg som skal hjelpe oss mot en bevegelse fra helheten til delene, og deretter til en ny helhet (Friberg, 2017, s.135). Denne prosessen er viktig da det den legger grunnlag for oppgavens resultater og videre diskusjon mot oppgavens problemstilling. Først ble artiklene lest gjennom flere ganger slik at det nøye kom frem hva de handlet om (Friberg, 2017, s.135). Flere av artiklene hadde informasjon om andre ting enn det oppgaven våres skulle belyse, og det var derfor viktig å fremheve det som kunne brukes i artiklene. Alle artiklene ble kopiert ut slik at det kunne brukes fargekoder for å systematisere det som gikk igjen i artiklene, som bevegde oss mot neste steg i analysedelen.

Det ble deretter brukt tid på å identifisere nøkkelfunnene i artiklenes resultat. Her er det viktig å ta stilling til hva som er mest fremtredende i resultatet, i forhold til det problemstillingen handler om. Det ble da lettere å få en oversikt over hvilke nøkkelfunn som gikk igjen, og hva som var

felles for de ulike artiklene (Friberg, 2017, s.135-136). Det som gikk igjen i de fire artiklene var «smerte», «påførende», «smertekartleggingsverktøy», «vanskelig å uttrykke seg», «atferdsendring» og «relasjon». Etter nøkkelfunnene var identifisert, ble det satt opp en systematisk oversikt over studienes resultat (Friberg, 2017, s. 136). På denne måten ble det lettere å knytte sammen de ulike resultatene fra artiklene opp mot hverandre. Det ble da funnet likheter og ulikheter som hjelper til med å finne de nye hovedtemaene som skal være med i resultatene (Friberg, 2017, s.136).

Til slutt var det å formulere en beskrivelse av funnene fra artiklene, og deretter presentere det (Friberg, 2017, s.137.) Vi fant med bruk av Fribergs (2017) analysemetode frem til 3 hovedfunn som svarte på oppgavens hensikt og problemstilling. Disse var «Det kliniske blikk», «Relasjonen til den demensrammede» og «smertekartleggingsverktøy».

3.4.1 Oversiktstabell over valgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1: Tsai, Y.I-P-, Browne, G & Inder, K.J. (2022) Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital.	Smerte er et vanlig symptom hos eldre med demens. Artikkelen belyser sykepleiernes smertevurdering og håndtering hos demensrammede i sykehus, da med fokus på åpne spørsmål.	Hensikten med studien er å utforske sykepleiers perspektiv og generelle anbefalinger for pleieutøvelsen av smerter i demensomsorgen på sykehus. Da med fokus på smertevurdering og håndtering.	Sykepleier	Individuelle, semi-strukturerte intervju. Kvalitativt, deskriptivt (beskrevende) design.
Artikkel 2: Sørensen, M.T., Villadsen, D.B. & Gildberg, F.A. (2023) Smertevurdering hos demensramte- detektivarbejde uden lup.	Studier har vist at det er utfordrende for helsepersonell og identifisere og vurdere smertene hos de med moderat til alvorlig Alzheimers. Dette fordi de har nedsatt evne til å uttrykke smerter verbalt. Det	Hensikten med studien er å utforske hvordan helsepersonell identifiserer og vurderer smerter hos eldre personer med Alzheimer.	Helsepersonell i form av 14 sykepleiere, 8 helsefagarbeidere, og 1 pedagog.	Kvalitative intervju. (Både individuelle og gruppeintervju). Fenomenologisk-hermeneut

	kan føre til utilstrekkelig avdekking og behandling av smerter.			isk forståelses ramme.
Artikkel 3: Lundin, E. & Godskesen, T.E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes.	Uløste smerter kan oppstå hos pasienter med en terminal sykdom som demens. Imidlertid er smertelindring hos personer med avansert demens ofte suboptimal og utilstrekkelig, med færre palliative intervensjoner enn det som tilbys kreftpasienter.	Hensikten med studien er å beskrive erfaringene sykepleierne har med å ta vare på pasienter med demens og smerter ved livets slutt.	Sykepleier	Individuelle, kvalitative, semi-strukturerte intervju. Et beskrevne og utforskende design.
Artikkel 4: Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K. & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-	Pasienter med demens får ofte suboptimal palliativ behandling, og risikerer derfor smerter ved livet slutt. På grunn av kommunikasjonsvanskene til denne pasientgruppen spiller sykepleieren	Studiens hensikt var å beskrive sykepleiers erfaringer mot smertelindring i livets slutfase hos pasienter med demens.	Sykepleier	Semi-strukturert intervju. En beskrevne og utforskende kvalitativ

Life Pain Relief in Patients with Dementia.	en viktig rolle for å identifisere, vurdere og lindre pasientens smerter.			tilnærmin g.
---	---	--	--	-----------------

4 Resultater

I dette kapittelet skal funnene våre fra artiklene presenteres. Funnene er inndelt i tre hovedfunn, derav det kliniske blikket, relasjonen til den demensrammede og smertekartleggingsverktøy. Dette er temaer som er gjentakende i artiklene, og la derfor grunnlag for resultatdelen i oppgaven. Sykepleierens kunnskap og erfaring står også sentralt i alle tre hovedfunn, og knytter resultatdelen sammen.

4.1 Det kliniske blikket

Smertevurderingen til pasienter med demens baserer seg på det kliniske blikket til helsepersonellet, og det faglige skjønn (Sørensen et al., 2023, s.140). Det kommer frem i artikkelen til Sørensen et al (2023) at det første som gir mistanke om smerter, er en endret adferd. Studien til Sørensen et al (2023) never at de ved endret atferd starter en utelukkelsesmetode for å identifisere smerter hos pasienter med demens. «Vi starter alltid med, om der er noget somatisk, altså UVI, eller om det er infeksjoner» (Sørensen et al., (2023), s.140). En informant i studien til Tsai et al (2022) sier: «My biggest thing is looking for frowning and grimacing, or if they move in a certain area, you can tell that they have pain. It is very difficult to hide pain, so, they do show signs of it, usually.» (Tsai et al., 2022, s.285). I studien til Lundin & Godskesen (2021) nevner de også at når det ikke er mulighet for verbal kommunikasjon, vil sykepleieren fokusere på å tolke adferden til pasienten (Lundin & Godskesen., 2021, s. 4). De fleste sykepleierne i studien til Brorson et al (2014) følte de hadde kompetanse til å observere de individuelle smertesignalene hos pasienten, og at dette utviklet seg gjennom erfaringer (Brorson et al., 2014, s.319). “...we`re quite observant if someone is moving differently, or is taking less initiative, even if it`s only about removing the blanket when getting up.” (Brorson et al., 2014, s.319). Det kom også frem at pasientene ofte uttrykket smerten sin gjennom rastløshet, skrik, aggressiv atferd og endret ansiktsuttrykk (Brorson et al., 2014, s. 319).

I artikkelen til Tsai et al (2022), kommer det frem fra informantene at de hadde mulighet til å forstå pasientens smerter, ved bruk av intuisjon basert på deres kliniske erfaring (Tsai et al.,

2022, s. 385). “A lot of our instinct as a nurse, you rely more on what you see, what you hear and (your) assessing skills.” (Tsai et al., 2022, s. 385). I motsetning til dette, sier en av sykepleierne i studien til Lundin og Godskesen (2021) at det kan være vanskelig å vurdere smerte. Dette fordi det ofte er likheter mellom en angstpreget og en smertepåvirket atferd (Lundin & Godskesen, 2021, s.4). “It is really hard to assess pain and it is not easy to interpret whether it is about pain or anxiety.” (Lundin & Godskesen, 2021, s.4). Videre understreker en av informantene i studien til Tsai et al (2022) at: «Because of being able to be respectful and understanding to them, they are more likely to communicate with me, or somebody else with experience, what they are feeling (...).” (Tsai et al., 2022) s. 385). Her kommer viktigheten av respekt og forståelse når en skal få til en god kommunikasjon med den demensrammede.

4.2 Relasjonen til den demensrammede

Relasjonen til den demensrammede er avgjørende for å se de små forandringene som kan tyde på at han/hun har det vondt (Sørensen et al., 2023, s.141). “Altså, det er en kæmpe fordel, at vi kender dem riktig godt. Fordi hvis de ændrer seg lit, så stiller man spørsmålet: Hvorfor det?” (Sørensen et al., 2023, s.141). Betydningen av dette kommer også frem i studien til Lundin & Godskesen (2021), hvor en av informantene uttrykker vanskeligheter for å vurdere smerter når en ikke har kjennskap til pasienten (Lundin & Godskesen, 2021, s.4). “It felt tough because I didn’t know her from before...I couldn’t know if she had behaved like this before and that made it difficult. It helps so much if you have been taking care of the person for a while.” (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Sykepleierne i studien til Brorson et al (2014) opplevde vanskeligheter rundt det å skape en relasjon til pasienten, og rapporterte at kommunikasjon ofte var en hindring fordi denne pasientgruppen ofte har kommunikasjonsrelaterte svekkelser, og vanskeligheter med å uttrykke smerter verbalt (Brorson et al., 2014, s. 319). Studien til Sørensen et al (2023) understreker viktigheten av å ha kontaktpersoner når det kommer til demensrammede. Men de nevner også ulempen med at det kan være en krevende oppgave (Sørensen et al., 2023, s.141). En av studiens informanter sier: «Man kan jo kjøre træt i en borger.» (Sørensen et al., 2023, s.141)

Sykepleierne i studien til Brorson et al (2014) påpekte fordelene av å kjenne pasientens livshistorie. Dette økte sykepleierens innsikt i pasientens situasjon, og gjorde det lettere å tolke pasientens signaler (Brorson et al., 2014, s. 319). "...knowing the patients is so important, and to know a lot about them, it makes it a lot easier to understand and interpret their signals. Of course!" (Brorson et al., 2014, s. 319), sa en av informantene. I studien til Sørensen et al (2023) fremheves det at det ofte er helsefagarbeiderne som får en mistanke om smerter hos den demensrammede. Dette er fordi de har daglig kontakt med pasientene, og kjenner dem godt (Sørensen et al., 2023, s.140). Det kommer frem i studien at det ofte er de med kortest utdanning som får en nær relasjon til den demensrammede, og at de da skal ha kunnskap og innsikt nok til å vurdere smerter. Dette mener en av sykepleierne i studien at det ikke er alle som har kunnskapen til (Sørensen et al., 2023, s.141).

4.3 Smertekartleggingsverktøy

Informantene i studien til Tsai et al (2022), opplevde at smertekartleggingsverktøy ikke var praktiske ved vurdering av smerter hos demensrammede (Tsai et al., 2022, s.385). Sykepleierne mente det var unødvendig, da de bare kunne bruke deres observasjonsferdigheter. "I would have hoped I would do it (observe or assess for pain) anyway, without using the tool, because you do not have to have the tool to tell you that someone is in pain." (Tsai et al., 2022, s.385) sa en av informantene i studien. De mente at det var vanskelig for personer med demens å bruke, da de fortsatt er avhengig av personens intuisjon og dømmekraft (Tsai et al., 2022, s.385). En annen informant fra den samme studien sa: «It is hard to get accurate scores from the demented person. Sometimes they do not understand that 10 is bad; you really have to educate them and remind them because they forgot» (Tsai et al., 2022, s.387).

Studien til Sørensen et al (2023) viste at ingen av informantene, da inkludert sykepleierne, baserte sine observasjoner på smertevurderingsverktøy som var rettet mot demensrammede, selv om noen av dem hadde kjennskap til dem (Sørensen et al., 2023., s. 140). Det kommer frem i studien til Lundin og Godskesen (2021) at de fleste av sykepleierne brukte "Abbey Pain Scale" for å vurdere smerter, men at noen sykepleiere ikke brukte noen vurderingsverktøy. De mente at de tilgjengelige verktøyene var utilstrekkelige (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). En sykepleier

fra studien til Brorson et al (2014) nevnte at hun brukte Doloplus 2 smertekartleggingsverktøy for å vurdere smertene hos pasienten (Brorson et al., 2014, s.318).

5 Diskusjon

Diskusjonskapitlet inneholder både en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. Her skal en diskutere og være kritisk til hvordan metoden har fungert, samt diskutere resultatene en har kommet frem til.

5.1 Metodediskusjon

I denne delen av diskusjonskapitlet skal vi se på svake og sterke sider ved egen gjennomførelse, og anvendt metode. Det skal foretas kildekritikk av artiklene, og etiske overveielser skal vektlegges.

5.1.1 Forskernes bakgrunn og forskningsarena

Alle artiklene som er brukt i oppgaven har en eller flere forfattere med doktorgrad (phd). Ellers er de andre forfatterne sykepleiere (RN), lektorer (MIL og MVO) på sykepleierutdannelse eller har master i sykepleievitenskap (MNSc). De er alle relevante for sykepleiefaget, og er dermed troverdige kilder å bruke i oppgaven. Oppgavens artikler er fra Danmark, Sverige og Australia (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021; Sørensen et al., 2023; Tsai et al., 2022). Dette er land som vi tenker har lignende helsevesen som i Norge, og de er derfor relevante for norske forhold. Forskningen tar plass på sykehjem og sykehus. Dette ble ikke inkludert i søkeordene våre, ettersom det ble en naturlig seleksjon som oppstod i etterkant da vi merket at alle artiklene våre omhandlet enten sykehus eller sykehjem. Det kan diskuteres at dersom vi hadde inkludert hjemmeboende personer med demenssykdom kunne oppgaven fått noen andre resultater. Artikkelen til Sørensen et al (2023) har også noen informanter med bakgrunn fra hjemmeboende pasienter med demenssykdom, men majoriteten av informantene har erfaring fra ulike sykehjem.

5.1.2 Informantene i studiene

Informantene i studiene er alle sykepleiere, foruten om den ene artikkelen hvor det også blir inkludert noen helsefagarbeidere (SSH og SSA) og en pedagog (Sørensen et al., 2023, s.137). Studiene har alle lagt vekt på at sykepleierne skal ha erfaringer innenfor demensomsorg. I studien til Brorson et al (2014) var informantene sykepleiere med 1 til 25 års erfaring. Sykepleiernes erfaringer med å jobbe spesielt med demensrammede varierte fra 1 til 23 år (Brorson et al., 2014, s. 316). Studien til Lundin & Godskesen (2021) hadde informanter med erfaring som sykepleier fra 2 til 37 år, samt et gjennomsnitt på 10 års erfaring i demensomsorgen (Lundin & Godskesen, 2021, s. 3). Studien til Tsai et al (2022) ekskluderte alle sykepleiere med mindre en 6 måneders erfaring, og har derfor informanter med 1/2 år til 20 års demenserfaring (Tsai et al., 2022, s.384). Erfaring er viktig da det påvirker hvordan smerter tolkes. Dette kommer også frem i resultatet.

Sørensen et al (2023) hadde sykepleiere med 1/2 år til 25 års erfaring med demens. I tillegg til dette deltok helsefagarbeidere med 7 til 25 års demenserfaring, og en pedagog med 4 års demenserfaring (Sørensen et al., 2023, s.137). Dette er en svakhet ved oppgaven da vi ønsket å se på sykepleiers perspektiv. Denne artikkelen burde vi muligens ha ekskludert, men ettersom funnene samsvarte med de andre artiklene ønsket vi å ha den med. Derfor prøvde vi å trekke ut resultater fra det som var relevant for sykepleiere.

5.1.3 Ethiske overveielser

I alle studiene som er blitt brukt i oppgaven, er etiske forhold ivaretatt. Tre av fire studier har fått etisk godkjenning av ulike etiske komiteer, som da går god for at studien følger de etiske prinsippene den skal. Studien til Lundin og Godskesen (2021) har ikke fått dette da det ikke var nødvendig i Sverige for ikke-intervensjonell forskning. Ettersom forskningen ikke utgjør noen risikoer for deltakerne i studien samt ikke krever behandling av sensitive data, var etisk godkjenning ikke nødvendig (Lundin & Godskesen, 2021, s. 3). Studien har likevel gjort godt arbeid for å få frem at de har tatt etiske overveielser med i studien. De fulgte etiske standarder, som skissert i Helsinki-erklæringen, og informerte alle deltakerne om at deltakelsen var frivillig,

anonymisert og at de kunne trekke seg fra studien når som helst (Lundin & Godskesken, 2021, s.3). Dette kommer også godt frem i de andre artiklene, og etiske overveielser er derfor godt ivaretatt.

5.1.4 Litteraturoversikt som metode

I oppgaven er det kun brukt kvalitative forskningsartikler for å svare på problemstillingen. Artiklenes metoder syntes vi har vært hensiktsmessige for oppgaven, da kvalitativ forskning får frem personlige opplevelser. Totalt ble det brukt fire artikler. For å styrke oppgaven og kvalitetssikre den mer kunne det blitt inkludert flere artikler for å få et bredere perspektiv. Grunnet vanskeligheter med å finne passende artikler, samt oppgavens begrensninger var det nok med fire. Tre av fire artikler var skrevet på engelsk, og en på dansk, noe som kan resultere i at mistolkninger har forekommet. Ved å lese gjennom artiklene flere ganger, samt brukt god tid på oversetting, har vi jobbet grundig for å motvirke dette og minimalisere sjansen for mistolkninger.

Ettersom oppgaven fokuserer på smertevurdering, er det ulike elementer i forskningsartiklene som har måttet elimineres. Derav smertelindring og smertehåndtering. Dette kunne ha gjort oppgaven fyldigere, men på bakgrunn av oppgavens begrensninger ønsket vi å fokusere på smertevurdering. Det samme gjelder oppgavens perspektiv. Den tar for seg sykepleieperspektiv og ekskluderer pasient- og pårørende perspektiv. Dette vil si at flere ting fra artiklene er blitt ekskludert, ettersom vi ønsket å sette lys på smertevurderingen hos demensrammede. Derfor ble informasjonen som ikke omhandlet dette ekskludert. Vi er bevisste på at dette er blitt gjort, og at dersom vi hadde inkludert dette kunne oppgaven ha dekket et mye større område. Grunnet dette har vi også valgt å oppsummere de resultatene som var relevante for oppgaven vår i litteraturmatrisen i kapittel 8, og har derfor ikke skrevet noe om de resultatene som ble ekskludert fra oppgaven.

Artikkelen som ble funnet i databasen «Idunn» var merket som «videnskaplig publikasjon». Det var ikke mulig å avgrense søket til fagfelleverdert i Idunn, kun forskningsartikler. Ettersom oppgaven krever at artiklene som blir brukt er fagfelleverderte, skapte dette usikkerhet hvorvidt artikkelen kunne anvendes eller ikke. Dette grunnet i om vitenskapelig publikasjon kunne

tilsvare fagfelleverdert. For å kvalitetssikre dette ble tidsskriftet hvor artikkelen er publisert søkt opp i kanalregisteret, og det ble bekreftet at den var publisert fra et tidsskrift som inneholder fagfelleverderte artikler. I tillegg til dette viser kildekompasset også til at: «en vitenskapelig artikkel skal være fagfelleverdert» (Kildekompasset, u.å). Videre så vi på selve artikkelen, og dens oppbygging. Den fulgte IMRaD strukturen, og hadde en utfyllende metodedel, noe som styrket artikkelen. Det ble konkludert med at artikkelen er fagfelleverdert, og kunne derfor anvendes i oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av diskusjonskapitlet skal vi ta inn teorien fra kapittel 2 og diskutere det opp mot resultatene våre, sammen med tidligere forskningsresultater. Dette for å komme til en konklusjon som svarer på oppgavens hensikt. Oppgavens resultatdiskusjon bygger seg på tre hovedtemaer, derav det kliniske blikket, relasjonen til den demensrammede og smertekartleggingsverktøy.

5.2.1 Det kliniske blikket

Studiene til Sørensen et al (2023), Tsai et al (2022), Lundin og Godskesen (2021) og Brorson et al (2014) peker alle på at sykepleiers kliniske blikk og erfaringer har mye og si for hvordan de vurderer smerter hos demensrammede. Dette kommer godt frem fra informanter i studien til Lundin og Godskesken (2021) som sier at det krever gode ferdigheter og kommunikasjonsevner for å vurdere om en person med demens har vondt, og at dette er noe du lærer gjennom erfaringer (Lundin og Godskesen, 2021, s.4). Det kan forstås i lys av teori om det faglige skjønnet som Kari Martinsen og Herdis Alvsvåg omtaler i studien sin «Omsorg og skjønn». Det å kunne forstå hvordan en skal opptre i en gitt situasjon, og vurdere den godt avhenger av erfaringer (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s.218). En slik kommunikasjonsevne vil derfor opparbeide seg ved de erfaringene du gjør, og vil derfor påvirke hvordan du tolker de situasjonene du står ovenfor i praksis.

Videre ser vi at det å kommunisere kan være vanskelig for en pasient med demens, og det er derfor viktig at sykepleierne har gode egenskaper til å forstå pasienten, samt opptre respektfullt ovenfor dem. Det er veldig viktig at sykepleiere opptrer med respekt ovenfor pasientene sine, og dette kommer også frem i studien til Tsai et al (2022). En sykepleier mener at ettersom de klarer å opptre med forståelse og respekt, har pasientene med demens lettere for å kommunisere med dem (Tsai et al., 2022, s. 385). God sykepleie til pasienter med demens omhandler nettopp dette. Sykepleien til personer med demens er rettet mot å bevare pasientens opplevelse av å være en verdifull person (Skovdahl, 2020, s. 426). Gjennom god kommunikasjon, respekt og forståelse kan en oppnå dette.

Observasjonsferdighetene til en sykepleier er viktig når det kommer til vurdering av smerter, da demensrammede ofte ikke har mulighet til å uttrykke seg verbalt. Dette kommer godt frem i studien til Tsai et al (2022). En informant her understreker at for å vurdere smerter observerer de atferdstegnene til pasienten, da ofte gjennom bevegelser og grimaser (Tsai et al., 2022, s.285. f Fysiologiske tegn og atferdsendringer har større betydning for smertevurderingen hos denne pasientgruppen (Danielsen et al., 2022, s. 445). Pasienter med demens er en sårbar gruppe da de ikke kan selv rapportere smerter, og er derfor avhengig av at sykepleier kan observere nettopp dette og tolke deres smertetegn (Torvik & Sandvik, 2021, s.406). Videre kommer det i studien til Lundin og Godskesen (2021) utfordringer med dette. Det å kunne skille om endret atferd skjer grunnet smerter eller andre ting kan være vanskelig å avgjøre. Angst kan spille inn og gi de samme atferdsendringene som smerte (Lundin & Godskesen, 2021, s.4). Selv om en ut fra atferdsendringer kan se at pasienten ikke har det godt, kan det være vanskelig å vite akkurat hva pasienten kjenner på. Dette fører til at sykepleiere må kunne gjøre seg opp tanker om det som pasienten uttrykker, da gjennom endret atferd, grimaser og bevegelser, og deretter prøve å lete seg frem til hva som er galt.

Selv om de ikke-verbale uttrykkene hos pasienter med demens kan være upresise, kan en som sykepleier vurdere og tolke slike endringer i atferd og kroppsspråk når de kartlegger smerter (Nordtvedt & Ljoså, 2021, s.31). Studien til Sørensen et al (2023) viser til en utelukkelsesmetode, hvor en eliminerer bort eventuelle årsaker til endret atferd (Sørensen et al., 2023, s.140). Dette kan være en bra måte å finne ut om en dement pasient har smerter, da en

utelukker andre mulige årsaker til pasientens ubehag. På en annen side kan dette føre til at vurderingen av smerter kan foregå over flere dager (Sørensen et al., 2023, s.140). Dette kan da medføre til at pasienten går med unødvendige smerter over lengre tid, noe som fører til det Katie Eriksson omtaler som uteblitt pleie hos pasienten. Dette kan føre til en håpløshet, og skape en følelse om at forandringer er umulig. De kan føle seg fanget, og føle at de ikke finner noen vei ut av lidelsen (Kristoffersen & Breievne., 2021, s.56).

En kan ut fra alle artiklene se at det kliniske blikket stiller sterkt når det kommer til vurdering av smertene hos pasienter med demenssykdom. Vi tror dette bygger på at sykepleiere tar med seg erfaringer og tidligere opplevelser fra jobb, praksis og teori som gjør at en kan identifisere at noe ikke er som det skal hos pasienten. Dette bygger mye på det faglige skjønnet en bygger seg opp som sykepleier. Kari Martinsen har stort fokus på en sykepleiers faglige skjønn (Kristoffersen, 2021, s.271). Hun sier at: «Godt skjønn er den rette bedømmelsen hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandre gjensidig.» (Kristoffersen, 2021, s.271). Dette tror vi at sykepleiere tar med seg når de omgås med pasienter, og at det nemlig er sykepleiernes faglige skjønn som gjør at vi bemerker oss at noe er galt, og deretter får en mistanke om hva det kan være.

5.2.2 Relasjonen til den demensrammede

“Mennesker er sosiale vesener, og relasjoner til andre er viktig for opplevelsen av trygghet. I en trygg relasjon kan vi føle oss sikre på at andre mennesker er til å stole på og vil oss vel.” (Gustafsson, 2021, s. 94). Viktigheten av å skape en relasjon og ha god kjennskap til pasienten, kommer godt frem i artiklene til Lundin & Godskesen (2021), Sørensen et al (2023), og Brorson et al (2014). I Brorson et al (2014) blir det fortalt at dersom sykepleieren kjenner livshistorien til pasienten, vil det gjøre det lettere å møte pasienten sine individuelle behov og ønsker (Brorson et al., 2014, s. 319). Det å møte behovene til pasienten, kan en knytte til det å kunne lindre smerter hos pasienten. I artikkelen til Sørensen et al (2023) kommer det frem at det er lettere å identifisere og vurdere smerte hos pasienter, dersom en har god kunnskap om pasienten (Sørensen et al., 2023, s. 141).

Alle mennesker har behov for tilknytning, og personer med kognitiv svikt kan oppleve at behovet for dette øker. (Skovdahl, 2020, s. 434). I artikkelen til Lundin & Godskesen (2021) kommer det frem at dersom pasienter med avansert demens er alene, kan de føle seg ensomme, og dette kan skape eller øke fysisk eller psykososial smerte (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5). Det å kjenne på ensomhet kan øke faren for både fysiske og psykiske lidelser (Helgesen, 2021, s.498). En sykepleier fra artikkelen til Lundin & Godskesen (2021) fortalte hvordan flere ulike faktorer er viktige når det kommer til smerte, og trakk særlig frem psykologiske faktorer. Det ble videre fortalt at dersom en pasient føler seg alene, og at ingen bryr seg om han/henne, vil det kunne føre til mer smerte. (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

Det at en pasient har en eller flere kontaktpersoner på sykehjem, kan være et tiltak når det kommer til å skape trygge og gode relasjoner. Når et helsepersonell står som kontakt vil dette gi rom for en økt kontakt, noe igjen vil gjøre at pleieren blir godt kjent med pasienten sine rutiner og vaner. Fra egen erfaring er også kontakten til pasienten den som har mest samhandling med pårørende, og en får da mulighet til å bli kjent med pasienten gjennom pårørende sine opplevelser. Dette kan være spesielt nyttig når en jobber med pasienter som har en demenssykdom. Som nevnt i artikkelen til Sørensen et al (2023), har pasientene en eller flere kontaktpersoner. Noen ser på dette som en positiv løsning fordi det gir mulighet til å øke livskvaliteten til pasienten, og det gjør observasjonene av pasienten lettere (Sørensen et al., 2023, s. 141). En annen side som også kom frem i artikkelen er at det kan være en personlig, og mentalt krevende prosess å inngå en relasjon med en pasient med alvorlig demens. (Sørensen et al., 2023, s. 141)

Det er altså delte meninger fra personalet om det å ha og være en kontaktperson. I situasjoner der helsepersonellet som kontaktperson blir utslitt, kan det resultere i at flere personal må bytte på å være sammen med pasienten, og dette fører til dårlig kontinuitet i observasjonene. Dersom en kjenner pasienten veldig godt, og bytter med et personal som ikke kjenner pasienten, vil dette kunne gjøre at observasjoner av betydning ikke kommer godt nok frem (Sørensen et al., 2023, s. 141). Grunnen til dette kan være at de ikke kjenner til pasienten sitt normative mønster, og derfor ikke legger merke til at det er uvanlig atferd fra pasienten. Dette kan gjøre det vanskelig å ta vurderinger og få en helhetlig fremstilling av pasienten. Som angitt i artikkelen til Sørensen et al

(2023), er det oftest helsefagarbeiderne som er kontaktperson til pasienten (Sørensen et al., 2023, s. 141). Dette gjør at det ofte blir helsefagarbeiderne som skaper en nærmere relasjon med pasienten, og har større forutsetning for å se de små adferdsendringene. For å vurdere smertene til pasienten er det derfor viktig med godt tverrfaglig samarbeid, hvor sykepleierens kunnskaper blir kombinert med helsefagarbeidernes relasjon.

Pasienter er ikke alltid i stand til å gi uttrykk for egne ønsker og kritisk kunne vurdere de beslutningene andre tar for dem. Dette kan være grunnet kognitiv svikt (Kristoffersen & Nortvedt., 2021, s. 44). Helsenorge omtaler demens som en sykdom som fører til kognitiv svikt, og pasienter med demens vil ofte ha vansker med kommunikasjon (Helsenorge, 2022). I artikkelen til Lundin & Godskesen blir det fortalt at mangel på verbal kommunikasjon er den primære årsaken til vanskeligheter med å vurdere smerter, og flere av sykepleierne påpekte viktigheten av kommunikasjon. (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Fra Brorson et al (2014) rapporteres det fra sykepleierne at det er vanskelig å kommunisere med pasienter med demens, fordi de har kommunikasjonsrelaterte svekkelser, og vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt (Brorson et al., 2014, s. 318). Derfor er det sykepleierens observasjoner av adferd, og de ikke-verbale tegnene som er essensielle for vurdering av smerter. Dersom en sykepleier skal kunne oppnå best mulig observasjonsbasert smertekartlegging, er det viktig at en kjenner pasienten godt, i tillegg til at en tar i bruk smertekartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2021, s. 406).

5.2.3 Smertekartleggingsverktøy

“En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling.” (Danielsen et al., 2021, s.445). Viktigheten av smertekartlegging hos personer med demens er stor, ettersom tidligere forskning antar at halvparten av personer med demens har smerter (Helsedirektoratet, 2022). Som det kommer frem i artiklene er det minimalt bruk av smertekartleggingsverktøy når det kommer til smertevurdering hos de med demenssykdom. Et fåtall av sykepleierne brukte smertekartleggingsverktøy, selv om majoriteten syntes det var unødvendige og upålitelige. I studiene til Sørensen et al (2023) og Tsai et al (2022) kommer det frem at ingen av informantene

brakte smertekartleggingsverktøy, og at de heller baserte sine vurderinger på erfaringer og observasjoner (Sørensen et al., 2023; Tsai et al., 2022).

I motsetning til dette sa studien til Lundin og Godskesen (2021) at de fleste brukte verktøyet «Abbey Pain Scale» når de vurderte smerter (Lundin & Godskesen, 2021, s.4). Vi tror at det er lurt å bruke smertekartleggingsverktøy som en tilleggsvurdering når en vurderer smerter hos demensrammede. Det å kombinere et smertekartleggingsverktøy med faglig skjønn tror vi kan øke forståelsen av pasientens smerter. Dette kommer også godt frem i «geriatrik sykepleie» hvor det sies at klinisk skjønn skal kombineres med smertekartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2021, s.406). Dette fordi de kan forsterke observasjonene du gjør som sykepleier, og vi tror at dette kan være en forbedring mot å lettere identifisere smertene hos de med demenssykdom. Det er som studien til Sørensen et al (2023) kommer frem til, at verktøyene kan brukes som et forstørrelsesglass (Sørensen et al., 2023, s.145). Selv om største delen av informantene i studien til Lundin & Godskesen (2021) bruker smertekartleggingsverktøy, er det noen av dem som mener det samme som studiene til Sørensen et al (2023) og Tsai et al (2022). De begrunnet dette med at de verktøyene som var tilgjengelige ikke var tilstrekkelige til deres formål, og at de stolte mer på deres intuisjon (Lundin & Godskesen, 2021, s.4).

Det som er bra ved å bruke smertevurderingsverktøy hos pasienter er at de kan gi en pålitelig vurdering av smerten, samt at de kan sammenlignes fra gang til gang. Dette kommer godt frem i «klinisk sykepleie» (Danielsen et al., 2022, s. 445). Hos personer med demens kan dette by på spesielle utfordringer da de muligens ikke har språk til å uttrykke seg. Da må en ta i bruk verktøy som er spesielt tilegnet personer med kognitiv svikt. “Faces pain rating scale” er et slikt verktøy, i tillegg til MOBID-2 og Doloplus-2. I studien til Brorson et al (2014) kommer det frem fra at en av sykepleierne bruker doloplus-2 for å vurdere smerter (Brorson et al., 2014, s. 318). En tidligere norsk studie har fått frem at sykepleierne oftere fikk avdekket smerter hos pasientene når de brukte observasjonsbaserte skjema, istedenfor bare klinisk skjønn (Torvik & Sandvik, 2021, s.406). Alt i alt viser det seg at de fleste ikke bruker smertekartleggingsverktøy ved vurdering av smerter hos personer med demens. De fleste syntes at erfaringer og deres kliniske blikk var nok til å kunne identifisere dette.

5.2.4 Konklusjon

En kan konkludere med at det å vurdere smerter hos en demensrammet er en utfordrende oppgave. Sykepleierens erfaring og relasjon til personen med demens, er avgjørende for at personer med demens får den pleien og omsorgen de har krav på. Vi tror at det å ha en god relasjon til den demensrammede kan bidra til at en kjappere registrerer om noe er avvikende hos pasienten. Som vist i studiene er det ikke særlig mange sykepleiere som bruker smertekartleggingsverktøy, noe som muligens kan være et forbedringspotensial. Som beskrevet innledningsvis vil antall personer rammet av demens fortsette å øke, og problemstillingen vår er derfor høyst aktuell, både for dagens- og fremtidens helsevesen.

6 Anvendelse av resultatene i praksis

Sykepleierne har en viktig oppgave når det kommer til å vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom. Som nevnt tidligere i oppgaven har over halvparten av de med demens smerter, og antallet pasienter med demenssykdom vil øke med årene. Ved gjennomgang av de ulike studiene har vi gjort oss opp noen meninger om forbedringspotensialer i praksis. Oppgaven vår har hatt fokus på demenspasienter i helseinstitusjon, da sykehjem og sykehus. I dette kapitlet skal vi komme med konkrete forslag til hva som kan forbedres når det kommer til vurdering av smerter hos denne pasientgruppen.

Ut fra resultater fra studiene vi brukte kommer det frem at det kliniske blikket og sykepleiernes erfaringer har mye å si for hvordan en vurderer smerter. En regelmessig innføring på avdeling om smerte og smertekartlegging kan være en forbedring som kan gjøres. Dette kan gjøre at sykepleiere får økt fokus og blir mer bevisst på sine egne observasjoner. Det kan videre gjøre det lettere å anvende dem i praksis. Relasjonen til den demensrammede er en viktig ressurs når en skal kartlegge om pasienten har smerter. Det vil da bli lettere å kunne observere adferd som avviker fra normalen. Et tiltak som kan bli satt i gang er det å holde kurs om demenssykdom, der en har typiske atferds tegn som hovedtema. Dette kan øke kunnskap og bevisstheten når en selv skal observere pasienter i praksis. En annet tiltak er å ha i fokus at det skal være kontinuitet i

personalgruppen. Kontinuitet kan bidra til at arbeidsoppgaver blir naturlig fordelt og at det alltid er noen på jobb som kjenner godt til pasientene. Dette kan være utfordrende da det ofte kan være ekstravakter på jobb, spesielt i helgene, men ha som mål å skape en personalgruppe der en alltid har en som kjenner pasientene veldig godt.

Studiene bruker i gjennomsnittet nesten ingen smertekartleggingsverktøy. Vi tror at dette er noe som kan forbedres i praksis, da verktøy kan brukes som et forstørrelsesglass for å vurdere smerter. Et forslag kan være at avdelingene setter seg inn i et spesifikt kartleggingsverktøy, og anvender dette ved smertevurdering hos personer med demens. Da er det viktig at alle sykepleierne får innføring i hvordan dette skal brukes. Dette tror vi er særs relevant på sykehus, da sykepleierne her ofte får mindre tid til å bli kjent å skape en relasjon.

Vi er blitt gjort oppmerksomme på at det burde være mer fokus på hjemmeboende med demenssykdom, og at dette er et område hvor det kreves mer forskning. Grunnen til at vi ble oppmerksomme på dette var fordi vi merket at de fleste artiklene vi fant omhandlet sykehus eller sykehjem, og det fikk oss til å tenke på at det er mye mindre forskning på hjemmeboende med demens og det kreves mer forskning. Dette syntes vi er viktig, da flere og flere blir eldre, og kommer til å måtte bo hjemme med sin demenssykdom. Da er det viktig med mer forskning rundt dette område slik at hjemmetjenester også vil få en styrket kunnskap innenfor smertevurdering hos demensrammede.

7 Referanser

- Alvsvåg, H & Martinsen, K. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K. & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain management nursing*, 15(1). 315-323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>
- Dalland, O. (2021). Metode og oppgaveskriving (7.utg.). Gyldendal
- Danielsen, A. & Berentzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter: Grunnlaget for smertelindring. I D. - G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. Utg., s. 444-445). Gyldendal.
- Engedal, K. (2022, 6. oktober). *Demens*. Store medisinske leksikon. Hentet 23. November 2023 fra <https://sml.snl.no/demens>
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s.129-139). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s.141-152). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017) Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s.37-48). Studentlitteratur AB.
- Førland, O. & Braut, S. G. (2023, 10. August). *Sykehjem*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 28. november 2023 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Gustafsson, R. S. (2021). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 93-108). Gyldendal.
- Helgesen, K. A. (2021). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 489-514). Gyldendal.

- Helsebibloteket. (2021, 17. september). Sjekklistor. Kunnskapsbasert praksis.
<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2022, 11.mai). Lindrende behandling til personer med demens. Hentet 23.november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens>
- Helsenorge. (2022, 10. oktober). Hva er demens? Hentet 22. November 2023 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/hva-er-demens/>
- Husebø, S. B. (2009). Smerteevaluering ved demens. Tidsskriftet: Den norske legeforening, 129(19), 1996-1998. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>
- Kanalregisteret. (Hentet 2023, 11.desember). Om register over vitenskapelige publiseringskanaler. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>
- Kildekompasset. (u.å). Hva er en vitenskapelig artikkel? Hentet 20.november 2023 fra <https://kildekompasset.no>
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G., (2021). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg., s.45-104). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie – relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. Utg., s. 29-78). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S.A. Steindal & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4.utg., s. 225-287) Gyldendal
- Lundin, E. & Godskesen, T.E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2023, 22 august). *Hva er demens?* Hentet 22. november 2023 fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nortvedt, F. & Ljoså, T.M., (2021). Smerte – en personlig og sammensatt opplevelse. I N.J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende*

- sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling (4.utg., s.17-43). Gyldendal.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3.utg., s. 59-82). Studentlitteratur AB.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (3. Utg., s. 416-441). Gyldendal.
- Støren, I. (2013). Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier. (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Sørensen, M.T., Villadsen, D.B. & Gildberg, F.A. (2023). Smertevurdering hos demensramte-detektivarbejde uden lup. *Klinisk sygepleie*, 37(3), 133-149.
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ks.37.3.2>
- Torvik, K. & Sandvik, M. N. K. R. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (3. Utg., s. 397-415). Gyldendal.
- Tsai, Y.I.-P-, Browne, G & Inder, K.J. (2022). Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital. *Australasian Journal on Ageing*, 42(2), 383-391. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/ajag.13146>

8 Vedlegg

8.1 Søkelogg:

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
27.10.23	CINAHL	Dementia AND "pain assesment"	Peer reviewed. Reaserch article 2013-2023	178	15	3	1
27.10.23	Idunn	Demens OG smertevurdering	Forsknings-artikkel Vitenskaplig publikasjon 2013-2023	3	3	2	1
15.11.23	CINAHL	Dementia AND «pain assesment» AND nurse	Peer rewievd Reaserch article 2013-2023	65	10	5	1
16.11.23	CINAHL	Dementia AND pain* AND nurse	Peer rewievd Reaserch article 2013-2023	144	15	6	1

8.2 Litteratormatrise:

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Artikkel 1: Tsai, Y.I.-P., Browne, G & Inder, K.J. (2022). <i>Australasian Journal on Ageing,</i>	Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital.	Utforske sykepleiers perspektiv og generelle anbefalinger for pleieutøvelsen av smerter i demensomsorgen på sykehus. Da med fokus på smertevurdering og håndtering.	Sykepleiere	Kvalitativ deskriptiv metode. Individuelle Semi strukturert intervju. Analysen som ble brukt var «reflexive thematic analysis guided by Braun, Clarke, Hayfiels and Terry”	8 sykepleiere. 7 kvinner og 1 mann. alder fra 30-55 år.	Hovedfunnene fra denne studien var at de fleste sykepleierne mente at deres kliniske erfaring var det som gjorde at de forsto at en pasient med demens hadde smerter. Den mente at det var flere andre måter å finne dette ut på, som ikke omhandlet å bruke smertekartleggingsverktøy. Informantene mente at smertekartleggingsverktøy ikke var praktisk å bruke når de vurderte smerter hos pasienter med

					<p>demens. Dette da de var vanskelige å bruke for de med kognitiv svikt. Bruken av slike verktøy baserte seg fortsatt på deres intuisjon og personlige meninger.</p> <p>Informantene mente også at deres smertehistorikk over tid var mer meningsfull en smerte skåren på det eksakte tidspunktet. Dette da det er mer komplisert hos personer med demens. De mener også at det er vanskelig å få en reel skår fra en dement person grunnet deres kognitive svikt, og at det vil være forvirrende.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Artikkel 2: Sørensen, M.T., Villadsen, D.B. & Gildberg, F.A. (2023) <i>Klinisk sygepleie, 3</i></p>	<p>Smertevurdering hos demensramte-detektivarbejdere uden lup.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan helsepersonell identifiserer og vurderer smerter hos eldre personer med Alzheimer.</p>	<p>Sykepleier.</p>	<p>Kvalitativ-intervjustudie med en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme som videnskabs-teoretisk fundament. Analyse: Braun og Clarjes udlegging av tematisk analyse guidet av undersøkelsen spørsmål ut fra formålet.</p>	<p>14 sykepleiere, 8 (SSA og SSH) og en pedagog Gjenno-msnitts-alder var 47 år.</p>	<p>Det kommer frem i hovedfunnene at smertevurderingen bygger på helsepersonellets kliniske blikk, og dermed skjønn, når en demensrammet ikke kan fortelle om han har smerter, eller hvor den kommer fra. Det blir fra informantene nevnt en utelukkelsesmetode, hvor en prøver seg frem for å finne årsaken til at pasienten har det ubehagelig. Smertevurderingen kan da foregå over flere dager. Ingen av informantene i studien anvender smertevurderingsredskap som retter</p>
--	--	--	--------------------	---	---	--

						<p>seg mot personer med demens.</p> <p>Det blir nevnt at bruken av kontaktpersoner gjør at helsepersonellet får et spesielt godt kjennskap til pasienten, som gjør at de lettere kan identifisere om det skjer en atferdsendring. Det er ikke alltid dette lar seg gjøre i praksis, da det blir fortalt at det er en personlig krevende oppgave å inngå en relasjon til en med svært alvorlig demens.</p>
Artikkel 3: Lundin, E. & Godskesen, T.E. (2021).	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative	Hensikten med studien var å beskrive erfaringene sykepleierne hadde med å ta vare på	Sykepleier	Kvalitative semi strukturerte intervju. Et deskriptiv eksplorativ	13 sykepleiere. 10 kvinner og 3 menn.	Hovedfunnene her var at mange av sykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere smerter. Dette da den kognitive svikten

<i>BMC Nursing,</i>	study in Swedish nursing homes.	pasienter med demens og smerter ved livets slutt.		design ble tatt i bruk. Dataene ble analysert ved bruk av «thematic content analysis»	Fra 27-66 år	<p>førte til at personen med demens mistet muligheten til å verbalt uttrykke seg for hvor de hadde smerter. Når dette skjedde var sykepleierne nødt til å fokusere på andre smerteuttrykk, som endret atferd og ansiktsuttrykk. Her mente sykepleierne også at det kunne være vanskelig å vurdere om det var smerter eller angst som førte til uro og endret atferd.</p> <p>Det kommer også frem at sykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere smerter dersom de ikke hadde kjennskap til pasienten fra før av. Det kom også frem at de mente at en</p>
---------------------	---------------------------------	---	--	--	--------------	--

						<p>måtte ha gode kommunikasjonsevner for å kunne vurdere om en person med demens har smerter.</p> <p>Mesteparten av sykepleierne brukte Abby pain scale når de skule vurdere smertene, likevel mente noen av sykepleierne at det var utilstrekkelig og brukte heller intuisjon.</p>
<p>Artikkel 4: Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K. & Bolmsjö, I. (2014). <i>Pain management nursing,</i></p>	<p>Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive sykepleiers erfaringer mot smertelindring i livets slutfase hos pasienter med demens</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>En deskriptiv, eksplorativ kvalitativ metode ble brukt. Det ble brukt semi-strukturerte intervju. Analysen som ble</p>	<p>7, sykepleiere mellom 25-52 år. Alle kvinner .</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien var at alle sykepleierne opplevde at det var vanskelig og få en relasjon til pasientene med demens, og at kommunikasjonen ofte var et hinder. 3/7 av sykepleierne sa at de tok i bruk pårørende som kjente pasienten</p>

				brukt i studien var «Burnards content analysis»	<p>slik at det ble enklere å vurdere pasientens signal.</p> <p>Mesteparten av sykepleierne mente at de hadde muligheten til å observere og vurdere pasientens individuelle smerteuttrykk. Dette mente di ble utviklet gjennom erfaringer. Her nevner en av sykepleierne at de brukte smertekartleggingsverktøy - da doloplus 2.</p>
--	--	--	--	---	---