

**BSYBAC\_5**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**

Hvilke utfordringer kan sykepleier oppleve ved kartlegging og vurdering av smerter hos pasienter med demens i palliativ fase?



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 4. Mai 2022*

X

*Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **SAMMENDRAG**

### Bakgrunn

Demens er et økende problem i Norge relatert til aldrende befolkning. Hoveddelen av pasienter med demens dør på institusjon. De fleste sykepleiere som er ansatt på enten sykehjem eller sykehus kommer til å møte denne sårbar pasientgruppe. Begrenset språkfunksjon som følge av demens sykdom stiller høye krav til sykepleierens kompetanse innen smertekartlegging. Det er flere utfordringer hen kan erfare i smertekartleggingsarbeid. Forfattere ønsker å vektlegge disse barrierer for å øke bevissthet blant sykepleiere.

### Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse, utforske og forstå utfordringene sykepleiere står overfor ved kartlegging og vurdering av smerter hos pasienter med demens i palliativ fase.

### Metode

I oppgaven ble det benyttet integrativ litteraturoversikt som metode. Det ble inkludert fire kvalitative forskningsartikler som utgjør grunnlaget for besvarelsen sammen med relevant bakgrunns litteratur og forfatterens egne erfaringer.

### Resultat

Resultatene fra inkludert forskning presenterer sykepleierens opplevelser ved smertekartlegging hos denne forsømte pasientgruppen. Hovedfunn peker på manglende kunnskap blant sykepleiere, manglende rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy og utfordringer knyttet til pasientens begrensede evne til å kommunisere. Disse faktorene har negativt innvirkning på palliativ omsorg.

### Konklusjon

Sykepleierens lindrende funksjon er essensiell for å utøve forsvarlig sykepleie. Det er viktig at sykepleiere bruker systematiserte smertekartleggingsverktøy for å kunne vurdere smerteatferd mest mulig objektivt. Tilfeldig smertekartlegging som kun er basert på intuisjon av den som utfører, kan det føre til at endring i atferden mistolkes. Det er derfor viktig at sykepleiere er bevisste over sin rolle i smertekartleggingsarbeid.

Søkeord: Dementia, end of life care or palliation, pain assessment, challenges, nursing, nursing home, qualitative research.

## **FORORD**

*“When they cannot express if they are in pain nor grade their pain, then it is about me and my ability to assess their expressions, to look at face expressions and body language, movements, pallor or cold sweat and physical signs...you need to understand if it is about pain or if it is about anxiety or if it is a combination “.*

*(Ukjent, sitert i studien til Lundin & Godskesen, 2021, s. 4)*

**INNHold**

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemformulering.....	7
1.3 Hensikt.....	8
<b>2.0 TEORIKAPITTEL</b> .....	<b>9</b>
2.1 Demens.....	9
2.2 Smerte.....	9
2.2.1 Smertevurdering.....	9
2.2.1.1 Smertekartleggingsverktøy.....	10
2.2.1.2 Kommunikasjon.....	11
2.3 Etablering av relasjoner i sykepleie.....	12
2.4 Sykepleiekompetanse.....	13
2.5 Menneskets grunnleggende behov.....	14
3.1 Hva er metode?.....	15
3.2 Søkeprosess.....	15
3.2.1 Valg av søkestrategi.....	15
3.2.2 Valg av databaser.....	15
3.2.3 Valg av søkeord.....	16
3.2.4 Valg av artikler.....	16
3.3 Analyse.....	18
<b>4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER</b> .....	<b>19</b>
4.1 Smertevurdering.....	19
4.1.1 Kommunikasjon.....	19
4.1.2 Smertekartleggingsverktøy.....	20
4.2 Relasjonsbetydning.....	21
4.3 Sykepleierens kompetanse.....	22

<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>24</b>
5.1	Metodediskusjon .....	24
5.2	Resultatdiskusjon .....	26
5.2.1	<i>Smertevurdering .....</i>	26
5.2.1.1	<i>Kommunikasjon.....</i>	26
5.2.1.2	<i>Smertekartleggingsverktøy.....</i>	27
5.2.2	<i>Relasjonsbetydning.....</i>	29
5.2.3	<i>Sykepleiekompetanse.....</i>	29
<b>6.0</b>	<b>ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>32</b>
	<b>LITTERATUR .....</b>	<b>34</b>
	<b>VEDLEGG 1: SØKELOGG .....</b>	<b>37</b>
	<b>VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE .....</b>	<b>38</b>

## 1.0 INNLEDNING

Skovdahl og Berentsen (2016, s. 411) beskriver demens som en paraplybetegnelse på flere sykdommer som fører til kognitiv svikt (2016). Helsedirektoratet (2015) beskriver at redusert hukommelse, språk og forventning knyttet til smerteopplevelsen som følge av demens sykdom påvirker pasientens evne til å formidle smerter verbalt. Noe som medfører at smerter hos denne pasientgruppe er ofte underdiagnostisert (2015). Omtrent 80 % av pasientene på langtidsavdelinger har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ifølge Helsedirektoratet (2015) antas det at omtrent 50-70 % av pasienter med demens har smerter. I Demensplan 2020 står det at en grunnleggende forutsetning for en god demensomsorg, er at pasienter blir møtt med forståelse og respekt. Videre legges det stor vekt på at det skal være tjenester av god kvalitet som sikres gjennom gode systemer, med faglig kompetente medarbeidere som møter pasienter med respekt, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne bacheloroppgaven tar for seg utfordringer som sykepleier opplever i møte med demenspasienter i livets slutfase. Som sykepleierstudenter har forfatterne opplevd det som utfordrende å kartlegge smerter hos palliative pasienter med demens. Dette er blant annet relatert til mangel på rigide rutiner på institusjoner. I praksis har forfatterne opplevd lav bevissthet blant sykepleiere om underdiagnostisering av smerter hos denne sårbare gruppen. Liten oppmerksomhet på denne problematikken blant sykepleiere er en stor barriere i kartlegging og identifisering av smerter hos denne forsømte pasientgruppen. Gjennom sykepleierutdanningen har forfatterne tilegnet seg kunnskap om smertekartleggingsverktøy til bruk hos demenspasienter. Allikevel erfarte forfatterne i praksis at smertekartleggingsverktøy ble anvendt i liten grad der det var aktuelt. Med denne litteraturstudien er det ønskelig å bevisstgjøre sykepleiere på utfordringene de kan møte hos pasienter med demens i palliative fase. Forfatterne mener at å øke bevissthet om utfordringer sykepleiere kan møte hos denne pasientgruppen, er første steg i implementering av nye rutiner og bedret praksis.

### 1.2 Problemformulering

Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør pasienter som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer eller andre symptomer på ubehag bli kartlagt for smerte (2019). Husebø (2016,

s. 489) vektlegger at likheter mellom smerteatferd og demensatferd kan medføre at denne pasientgruppe får beroligende medikamenter istedenfor smertestillende (2016). Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør smertevurdering baseres både på pasientens subjektive opplevelse og sykepleiers kliniske observasjoner. Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, mister pasienten mulighet til adekvat kommunikasjon. Denne pasientgruppe er avhengig av sykepleierens evne til å kunne utrede smerte med hensyn til symptomer, intensitet og lokalisasjon. Av denne grunn Helsedirektoratet vektlegger at utredning av smerter hos denne pasientgruppe skal ikke baseres på pasientens rapportering (2019). Med denne litteraturstudien ønsker forfatterne å bevisstgjøre utfordringer sykepleier kan møte hos pasienter med demens i palliative fase. Mer bevissthet og økt kunnskap blant sykepleiere kan bidra til et større engasjement i forbedring av smertekartleggingsrutiner. På bakgrunn av dette ble oppgavens problemstilling formulert slik: Hvilke utfordringer kan sykepleier oppleve ved identifisering av smerter hos pasienter med demens i palliativ fase?

### 1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse, utforske og forstå utfordringene sykepleier står overfor ved kartlegging og vurdering av smerter hos demenspasienter.



## **2.0 TEORIKAPITTEL**

### 2.1 Demens

Demens er en sykdom som fører til at cellene i hjernen blir ødelagt. Kognitive kjennetegn ved demens er hukommelsessvikt, sviktende språkfunksjon og personlighetsendringer (Norsk Helseinformatikk, 2019). Demens kjennetegnes av atferdsmessige symptomer som roping, irritabilitet, motorisk uro og angst (Solheim, 2015, s. 21). Engedal og Haugen (2016, 23-24) beskriver språkvansker delt i tre hovedgrupper. Motorisk afasi oppstår når pasienten forstår det som er sagt, men ikke klarer å verbalt uttrykke det hen ønsker å si. Det kreves at sykepleier tar seg tid for å finne ut hva det er pasienten ønsker å formidle. En annen type sviktende språkfunksjon er sensorisk afasi. Denne oppstår når pasienten har liten forståelse av det hen leser eller hører. Pasienter kan ofte snakke flytende, men sammenhengen i setningene er uforståelig. Global afasi kjennetegnes ved at pasienten har vansker med å forstå og pasientens tale er uforståelig (2016).

### 2.2 Smerte

McCafferys (1968) definerer smerter følgende: "Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerter, sier at han har smerte" (sitert i Torvik & Bjørø, 2016, et al., s. 390). Ifølge Husebø er smerten en subjektiv allmennmenneskelige total opplevelse som involverer både psykisk og fysisk side (1991, sitert i Nortvedt, 2016, s. 170). Smerter som ikke blir oppdaget og dermed underbehandlet kan medføre alvorlige konsekvenser og kan bidra til betydelig redusering av livskvalitet (Torvik & Bjørø, 2016, s. 392). Urolige kroppsbevegelser, forandring i mental status og vokalisering som blant annet stønning kan indikere smerter hos pasienter med demens (Torvik & Bjørø, 2016, s. 398).

#### *2.2.1 Smertevurdering*

Solheim (2015, s.71) vektlegger at datainnsamling er essensielt for å kunne utarbeide individuell tiltaksplan for pasienter, noe som bidrar til at personal utfører forordnende tiltak korrekt. Målet med kartlegging er å samle inn relevante data om pasienten for å kunne sette i gang tiltak som blir truffet på et bredest mulig spekter av informasjon (2015). Sykepleieren tilbringer mye tid med pasienten og har derfor en unik mulighet for å observere, kartlegge endring i atferd og evaluere iverksatt tiltak (Torvik & Bjørø, 2016, 393).

Sykepleier bør ifølge Solheim (2015, 73-75) kartlegge kognitive, psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behov. Disse områdene påvirker hverandre og er derfor en forutsetning for at sykepleier forsøker å forstå hele personen, ikke bare deler. Kartlegging av kognitiv funksjon er viktig for å vurdere pasientens evne både til å sette ord på ting, men også å kunne tolke hva andre sier (2015). Solheim (2015) skriver følgende: "Det er viktig å lytte til det som sies med ord, men like viktig er det å lytte bak ordene og observere den andres atferd over tid" (Solheim, 2015, s. 74).

### **2.2.1.1 Smertekartleggingsverktøy**

Bjørø & Torvik (2008, s.192-193) beskriver selvrapporing som gullstandard for smertekartlegging. Bruk av smertekartleggingsverktøy har sine begrensninger og det er viktig at sykepleier er bevisst på det. Det er fare for at andres vurdering av smerteintensitet ikke samsvarer med pasientens subjektive opplevelse (2008). Av denne grunn anbefaler Torvik & Bjørø (2016, s. 398-399) smertekartlegging som er basert på både klinisk skjønn og observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (2016). Solheim (2015, s. 78) vektlegger at helsepersonells kunnskap er avgjørende i kartleggingsprosess slik at smertekartlegging skal være mest mulig pålitelig forutsettes det at den som skal utføre kartlegging har lært seg hvordan det skal gjøres (2015). Pasero & McCaffery hevder at når språkfunksjonen svekkes går viktig informasjon som smerteintensitet tapt. Atferdsobservasjon vektlegger pasientens individuelle smerteatferd og endringer i atferdsytringer etter iverksatt tiltak (2005, sitert i Bjørø & Torvik, 2008, s. 193). Det er vanskelig å utvikle gode, standardiserte smertekartleggingsverktøy da smerteutrykk hos pasienter med demens varierer i stor grad (Herr et al., 2006, sitert i Bjørø & Torvik, 2008, s. 193).

Bjørø & Torvik (2008, s. 193) vektlegger at det er viktig at standardisert verktøy er grundig testet på en gruppe som er mest mulig likt den aktuelle pasientgruppen og den kliniske situasjonen. Dette for å redusere risiko for at sykepleier ikke oppdager smerter eller omvendt at sykepleier sier at pasienten har smerter, selv om hen ikke har det (2008). Solheim (2015, s. 78) vektlegger at på grunn av begrenset betydning av kartleggingsverktøy må sykepleier alltid vurdere atferden sammen med andre opplysninger (2015).

Torvik og Bjørø (2016, s. 398) beskriver flere skjemaer for kartlegging av smerte hos gamle med begrenset språkfunksjon (2016). En av disse verktøyene er Doloplus-2, et observasjonsbasert verktøy som er oversatt og utprøvd i Norge for kartlegging av smerter hos

personer uten språk. Verktøyet er testet ut på pasienter med demens på sykehjem, og resultatet viste at Doloplus-2 kan være et gunstig hjelpemiddel til kartlegging av kroniske smerter hos denne pasientgruppen (Hølen et al., 2005 & 2007; Torvik et al., 2010, sitert i Torvik & Bjørø, 2016, s. 398). MOBID-2 er et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy som ble testet ut i en gruppe personer med alvorlig demens og viste gode resultater i forhold til identifisering av smerter (Husebo et al., 2007, sitert i Torvik & Bjørø, s. 398). MOBID-2 er basert på smertekartlegging under mobilisering. Målet med dette verktøyet er å observere om pasienten gir uttrykk for smerter under mobilisering, hvor intense smerter sykepleier tror pasienten har og lokalisering av smerter (Husebo et al., 2010, sitert i Torvik & Bjørø, 2016, s. 398). Døgnskjema er et observasjonsskjema for å vurdere atferdsavvik. Registreringen bør foregå over lengre tid, for å kunne vurdere om utfordrende atferd utløses av ytre forhold. Det er anbefalt å kartlegge dag og natt en hel uke for å se om atferden er ulik på dag i uke og helg, om det påvirkes av hvem som er på jobb og om det er døgnvariasjoner relatert til spesielle hendelser. Vurderingen er basert på en subjektiv oppfatning av den som fyller ut skjema (Tretteteig, 2016, s. 279).

### **2.2.1.2 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er ifølge Holthe og Tretteteig (2016, s. 261) utveksling av informasjon mellom personer. Kommunikasjon mellom mennesker foregår både verbalt og nonverbalt (2016). Bjørø & Torvik (2008, s. 182) angir at smerte er en subjektiv opplevelse og selvrapporing er derfor den mest pålitelige måte å utføre smertekartleggingen på. Pasienter med moderat til alvorlig demens har svekket språkfunksjon og redusert evne til å tolke smertefulle stimuli, noe som fører til at det er vanskelig å formidle sin opplevelse til sykepleier. Derfor er smertekartlegging påkrevd (2008). Solheim (2015 s. 72, 74) nevner flere aspekter som påvirker smertekartlegging, som blant annet sykepleiers teoretiske kunnskaper, kliniske vurderingsevne, erfaringer og ikke minst evnen til å tolke og forstå hva pasienten formidler. Mange pasienter med moderat til langkommet demens har ofte problemer med å uttrykke seg verbalt. Atferdsendring i form av uro, økt irritabilitet, vandring kan ofte bli relatert til smerter (2015).

Om vedkommende får problemer med å uttrykke seg, formidle egne smerter og endringer i kroppen, betyr ikke det at vedkommende ikke forsøker. Det er viktig å lytte til det som sies med ord, men like viktig er det å lytte bak ordene og observere den andres kroppsspråk over tid. (Solheim, 2015, s. 74)

Tidligere forskning viser at rapportering av smerter forekommer i mye mindre grad hos personer med kognitiv svikt enn hos personer som er kognitiv intakte. Dette relateres til pasientens begrensede evne til å formidle egne oppfatninger verbalt og til mangelfull smertekartlegging av helsepersonell (Proctor & Hirdes, 2001, sitert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 184). Dette er ifølge forskning relatert til svekket språkfunksjon og svikt i hukommelsen som begrenser evnen til å huske tidligere smerter (Feldt et al., 1998; Parmelee et al., 1993, sitert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 185). Smertekartlegging er grunnleggende for å kunne velge tiltak, evaluere effekt og for å kommunisere om behandling tverrfaglig. I tillegg bidrar smertekartlegging til konsekvent registrering og fremmer kommunikasjon mellom helsepersonell (Kamel et al., 2001, sitert i Bjøro & Torvik, 2008, s. 185, 186).

### 2.3 Etablering av relasjoner i sykepleie

Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 109-110) angir at evnen til å forstå andre mennesker må læres over tid, og den kan kun læres gjennom praktisk erfaring. Vi kan aldri ha kunnskap om hva det andre mennesket føler fordi vi aldri har direkte tilgang til et annet menneskes erfaring. Å tolke andres utsagn, kroppsuttrykk og tegn kan være vanskelig og en kan ta feil. Empati er evnen til å leve oss inn i andres situasjon. Det er det viktigste evnen. Empati kommer fra greske ordet *empateia*, som betyr "å lide med". Empati betyr innlevelse, medfølelse og berørthet i moderne språk bruk. Empati betyr ikke å føle det samme som den andre føler, men at den andre personens tilstand berører deg følelsesmessig. Sykepleier må kunne tolke tegn på ubehag, nedsatt velvære eller forandring hvis hen skal kunne unngå påføre unødig lidelse og smerte, og lindre når det trengs. Da er empati grunnlaget for klinisk samhandling til pasientens beste (2016).

Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 111-112) hevder at andres erfaringer og opplevelser kan forstås gjennom empatisk mottakelighet og kognitiv forestillingsevne. Når det gjelder samhandling med pasienter som ikke har språk og er alvorlig syke, er disse egenskapene spesielt viktige. Men det er også veldig viktig hos pasienter som kan uttrykke seg og fortelle sine ønsker.

Travelbee (2018, s. 141) beskrev at å ha kjennskap til en pasient er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket. Hun forklarte, hvis sykepleier har ikke forståelse for hvordan hvert individ er vant til å håndtere påkjenninger og oppfører seg under vanskeligheter, vil hen ikke gi meningsfylt hjelp (2018).

## 2.4 Sykepleiekompetanse

Klinisk sykepleiekompetanse innbefatter evnen til å observere pasientens tilstand, evnen til å reagere og handle hensiktsmessig. Sykepleierens kliniske kompetanse utvikles innenfor tilegnelse av teoretisk kunnskap og klinisk erfaring (Kristoffersen, 2016, s. 162-163).

Kristoffersen (2016, s. 162-165) vektlegger at sykepleiekompetanse er variert erfaring viktig som grunnlag, men er ikke tilstrekkelig nok. En utvikling fram til ekspertnivå krever at miljøet på arbeidstedet er tilrettelagt i tillegg til variert erfaring, slik at utviklingen av personlig kompetanse stimuleres. Utøvelsen av dette er karakterisert av at sykepleier integrer fagkunnskaper og moralske aspekter tilpasset hver pasient og konkrete situasjonen. Når det skal karakteriseres synsvinkel ved høy klinisk kompetanse i sykepleie, brukes begreper som intuisjon, taus eller innforstått kunnskap, klinisk vurderingsevne, faglig skjønn og moralsk kompetanse (2016).

Aakre (2014, s. 50) påstår at de fleste palliasjonspasienter trenger kompetansekrevede helsehjelp døgnet rundt de siste ukene av livet på grunn av behov for lindring og trøst, behandlingsprosesser, pleieprosesser, familieprosesser og livsprosesser. Det er flere som har høy motivasjon for palliativt arbeid, men det trengs raskt flere plasser og styrket kompetanse hos ansatte i møte med døende menneskers behov (2014).

Torvik og Bjøro (2016, s. 393) legger fram at organisasjonsmessige forhold i helsetjenesten representerer barrierer for effektiv smertebehandling av smerte. Disse forholdene består av manglende engasjement og støtte fra ledere og mangel på klare retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon. Gunnarsdottir et al. og Titler et al. beskriver at situasjonen fører til mangel på kontinuitet og dårlig definert ansvar for smertebehandling, inkludert mangel på opplæring og etter- og videreutdanning av helsepersonell (Gunnarsdottir et al., 2002; Titler et al., 2009, sitert i Torvik & Bjøro, 2016, s. 393). Torvik og Bjøro, (2016, s. 393) peker på at den største bekymringen imidlertid er at helsepersonell har for lite kompetanse i forbindelse med vurdering og behandling av smerte hos gamle. Titler et al. peker på at systematisk kunnskapsbasert forbedringsarbeid rettet mot barrierer kan gi bedre smertevurdering og stor helsegevinst for gamle pasienter (Titler et al., 2009, sitert i Torvik & Bjøro, 2016, s. 393).

## 2.5 Menneskets grunnleggende behov

I sin sykepleiedefinisjon la Henderson (1990, s. 9) vekt på menneskets grunnleggende behov. Hun definerte sykepleiefunksjon følgende: «Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet sykt eller friskt å utføre de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredelig død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje» (Henderson, 1990, s. 9).

Ifølge Henderson (1990, s. 9) har sykepleier ansvar for å hjelpe pasienten med å utføre hele behandlingen, enten den har forebyggende eller helbredende effekt eller fokuserer på omsorg i livets slutfase. Videre, ifølge Henderson (1990, s. 36), må sykepleier hele tiden være sanselig til stede. Sykepleier må hele tiden forsøker å forstå og hen må være ytterst følsom for alle kontaktforsøk fra pasienten selv om pasienten ikke klarer å uttrykke sitt behov verbalt. Sykepleier har en viktig oppgave i å tolke pasientens ord, taushet, bevegelser og ansiktuttrykk. Henderson (1990, sitert i Kirkevold, 2017, s. 114) vektlegger videre at sykepleier hele tiden må prøve å forstå pasienten «... ved hjelp af indfølingsevne, et lyttrende øre, systematisk og grundig observasjon...» (Henderson, sitert i Kirkevold, 2017, s. 114).

Henderson (1990) beskrev menneskets grunnleggende behov i 14 punkter. Under punkt 10 står det at sykepleier har ansvar for «Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser» (Henderson, 1990, s. 15).

Friske mennesker uttrykker de forskjellige emosjoner med særegne fysiske uttrykksmåter. Hos syke svekkes denne evnen ofte, og sykepleier har en sentral rolle i å gjenkjenne pasientens behov og formidle det videre. Henderson (1990) beskrev i sin teori sykepleier som «den profesjonelle mor, moren som snakker for det syke barnet, som ikke kan gi uttrykk for hva det trenger og føler» (Henderson, 1990, s. 36). Hun beskrev også sykepleier som en tolk for pasienten. Korte samtaler med legen kan følge til at viktige observasjoner ikke fattes i det korte øyeblikket. Det vil derfor alltid være en av viktigste oppgaver for sykepleiere å fungere som mellomperson (1990, s. 36).

## 3.0 METODE

### 3.1 Hva er metode?

Metode er ifølge Dalland (2017, s. 51-53, 207) et redskap som veiviser hvordan en bør gå frem for å finne svar på en problemstilling og for å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige, eller holdbare. Valg av metode avhenger av hva forskeren ønsker å fange opp. I denne oppgave er det benyttet integrativ litteraturoversikt som metode for å analysere fire forskningsartikler. I en litteraturstudie henter forskeren data fra eksisterende forskning. Det kan benyttes både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Oppgavens forfattere valgte å inkludere kvalitative forskningsartikler fordi det er ønskelig å få fram sykepleiers opplevelser, meninger og oppfatninger (2017).

### 3.2 Søkeprosess

#### 3.2.1 Valg av søkestrategi

I denne bacheloroppgaven har forfatterne funnet frem fire artiklene som samsvarer godt med oppgavens hensikt. Artiklene utgjør oppgavens vitenskapelige grunnlag. Forfatterne brukte inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkeprosessen. Det var ønskelig artikler som ble publisert etter 2011 for å finne ferskest mulig forskning. Videre knyttet forfatterne søket geografisk slik at vi har unngått å bruke forskning fra land hvor helsevesenet ikke lar seg sammenligne med det norske. Tre av forskningsartiklene ble gjennomført i Skandinavia og én i Nord-Irland. Vi mener at forskning fra Nord-Irland er overførbart til helsevesenet i Norge, da det er flere likhetstrekk i organisering av helsevesenet her. Forfatterne inkluderte vitenskapelige artikler som var fagfellevurdert for å sikre kvalitet på forskningen.

#### 3.2.2 Valg av databaser

Søket ble foretatt i databasene SveMed+, PubMed og CINAHL. Alle inneholder relevant sykepleieforskning. Forfatterne forsøkte flere forskjellige søkestrategier i CINAHL uten å finne forskning som etter vårt syn var relevant for oppgavens problemstilling. Det kom fram to relevante forskningsartikler som allerede var inkludert fra søket i PubMed. For å finne mest mulig relevant forskning leste forfatterne grundig gjennom søketips som vi brukte de forskjellige databasene. I tillegg deltok forfatterne på søkeveiledning som universitetet arrangerte. Dette var behjelpelig i søkeprosessen.

### 3.2.3 Valg av søkeord

I oppgaven benyttet vi boolsk logisk søketeknikk. Denne brukes for å kombinere søkeord sammen på en måte som databasene forstår (Östlundh, 2017, s. 72). Forfatterne brukte koblingen “AND” for å koble de ulike ordene sammen. Videre ble “OR” brukt for å søke etter synonymmer. Relevante søkeord ble valgt på bakgrunn av oppgavens problemstilling. Det ble vurdert at det var relevant å bruke «nursing AND dementia AND pain assessment som søkeord. PubMed og CINAHL ble mest benyttet fordi vi brukte engelsk søkeord. Etter første søk fikk vi fram mange resultater og begrenset derfor søket ytterligere. Søkeordene: «challenges AND (pain assesment OR pain tool) AND (palliation OR end of life care)» ble brukt i forskjellige kombinasjoner i enkelte databaser. Tabellen i vedlegg 1 viser beskrivelsen av søket.

### 3.2.4 Valg av artikler

Denne oppgaven har hovedfokus på forskning gjennomført på sykehjem. Allikevel har forfatterne inkludert forskning fra sykehus som vi mener er overførbart til sykehjem. Som følge av dette inkluderte forfatterne studier fra både sykehjem, hospice og sykehus. Oppgaven skal ha fokus på kroniske smerter og derfor ble akutt smerte ekskludert. Oppgavens hensikt er å få fram sykepleieres opplevelser og oppfatninger, derfor ble kvalitative empiriske studier inkludert. Som følge av dette ble flere artikler ekskludert. Det var hensiktsmessig å undersøke utfordringer hos pasienter som har vanskeligheter med å utrykke smerter verbalt. Derfor inkluderte vi forskning av pasientgrupper som har moderat og alvorlig demens og ekskluderte pasientgruppen med mild demens. Det er utført en hel del forskning fra et pasientperspektiv og svært lite forskning fra sykepleieperspektiv. Sykepleier spiller en viktig rolle i smertekartlegging og derfor ble forskning med sykepleieperspektiv vektlagt, for å få fram sykepleierens oppfatning av utfordringer. Ved å lese abstrakter ble artiklenes relevans vurdert for inkludering til denne oppgaven. For å sikre artiklenes gyldighet og holdbarhet vurderte forfatterne artikler i henhold til IMRaD-strukturen. Forfatterne har sjekket tidsskrifter artiklene var publisert i for å sikre at artiklene kom fra troverdige kilder innenfor relevant forskning i sykepleiefaget.



Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). «End-of-life care for people with advance dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes»	Omsorg ved livets slutt fase for pasienter med moderat demens	Å undersøke utfordringer som sykepleiere erfarer i møte med pasienter med moderat grad av demens og smerte i livets sluttfase	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Intervjuer med 13 sykepleiere fra tolv sykehjem i Sverige. Resultatene ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse
Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens	Målet med denne studien var å undersøke erfaringene sykepleier har ved vurdering og lindring av smerte hos pasienter med demens	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Intervjuer med 18 sykepleiere fra to sykehus og én skjermet enhet på sykehjem. Data ble analysert ved å bruke innholdsanalyse i fire trinn
De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., et al. (2018). «A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the	Bruk av observasjonsverktøy hos pasienter med moderat demens som nærmer seg livets slutt fase	Å utforske bruk av smertekarleggingsverktøy hos døende pasienter med moderat grad av demens.  Videre formål var å utforske sykepleiers perspektiv på praksisutvikling og behov for økt kunnskap	Sykepleier og lege	Kvalitativ tilnærming. Ansikt til ansikt intervjuer ble gjennomført med 23 leger og 24 sykepleiere med erfaring fra omsorg med mennesker med moderat demens som dør. Tolv deltakere fra sykehjem, seks fra hospice og seks fra akutt omsorg.

end of life-a qualitative study physician and nurse experiences and perspectives»				
Midtbust, M., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). «A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes»	Helsepersonells erfaringer med palliativ omsorg hos pasienter med alvorlig demens	Målet med denne studien var å avklare sykepleieres erfaringer innen palliativ omsorg til pasienter med alvorlig demens	Sykepleiere og helsefagarbeidere	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer med 13 sykepleiere og syv helsefagarbeidere fra fire norske sykehjem

Tabell 1

### 3.3 Analyse

I oppgaven brukte forfatterne Friberg (2017) sin modell for å analysere artiklene. Friberg (2017, s. 150) beskriver analyse som en bevegelse fra helhet til deler til en ny helhet. Ut ifra sammenheng fra de ulike delene skapes det er nytt resultat, som kan forstås som den nye helhet (2017). Analysen startet med å lese gjennom artiklene flere ganger for å forstå helheten. Deretter diskuterte forfatterne de ulike delene sammen for å få en bedre forståelse av hva resultatene viser. Forfatterne valgte ut resultatene som var sterke, som vil si at resultatene var gjennomgående i artiklene. Deretter lagte forfattere en tabell for å få en oversikt over hovedfunn i artiklene. De ulike funnene ble analysert med tanke på likheter og ulikheter. Oppgavens hensikt var en rød tråd gjennom hele analyseprosessen.

## 4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Etter analyse av inkludert forskning ble følgende tre hovedkategorier og to underkategorier et resultat av analyseprosessen.

Hovedkategori	Underkategori
Smertevurdering	Kommunikasjon Smertekartleggingsverktøy
Relasjonsbetydning	
Sykepleierens kompetanse	

Tabell 2

### 4.1 Smertevurdering

Tre av fire inkluderte forskningsartikler viser at utfordringer knyttet til smertevurdering var en stor barriere som står i veien for at sykepleier skal kunne avdekke smerter hos denne pasientgruppen. Første underkategori er kommunikasjon, hvor det presenteres resultater som legger fram utfordringer knyttet til pasientens evne til å uttrykke seg verbalt. I andre underkategori tydeliggjøres utfordringer relatert til selve bruken av smertekartleggingsverktøy.

#### 4.1.1 Kommunikasjon

I studien til Lundin og Godskesen (2021), studien til Midtbust et al. (2018) og studien til De Witt Jansen et al., (2018) ble det blant annet avdekket kommunikasjonsbarrierer relatert til pasientens reduserte evne til å uttrykke seg verbalt. Sykepleierne i studien til Lundin og Godskesen beskrev kartlegging av smerter hos denne pasientgruppen som utfordrende. Som en deltaker i denne studien fortalte: «It is difficult, because most of them you cannot ask and get a clear answer from» (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Likevel viser studie at sykepleierne ofte startet smertekartleggingen med å etterspørre om pasienten har smerter. Sykepleierne meddelte at de i tillegg til pasientens subjektive opplevelse også observerer pasientens verbale og nonverbale uttrykk (2021).

Midtbust et al. (2018, s. 4) peker i sin studie på sykepleierens begrensede evne til å forstå pasientens måte å kommunisere smerte på. Sykepleierne opplevde dette som den største

barrieren som står i veien for tilstrekkelig smertekartlegging. For pasienter det er ofte vanskelig å finne ord og sette ord sammen. Noe som fører til nedsatt muntlig rapportering av smerter. En av sykepleierne sa følgende: «It is not understanding what's needed. You can see, but you are not able to understand» (Midtbust et al., 2018, s.4). Deltakere i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) var enige i at kommunikasjonssvikt som følge av demenssykdom kan føre til at pasientene kan bli under-, over- eller feilmedisinert (2013, s. 30).

Lundin og Godseken (2021, s. 4) presiserer at sykepleierne opplevde det som utfordrende å skille mellom atferd relatert til demens og smerteatferd. Sykepleiere meddelte at de observerte verbale uttrykk som stønn og skrik, samt nonverbale tegn som engstelig kroppsspråk hos pasienter hvor verbal kommunikasjon var begrenset som følge av demens. Likheter i smerteatferd og atferd relatert til demens førte til at sykepleiere følte seg usikre. Sykepleierne rapporterte at det er en utfordring å ikke vite om de har «lest» pasientens uttrykk riktig. En av sykepleiere sa følgende «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).

Samme funn viser studien til Midtbust et al. (2018, s. 4); at langkommet demens kan føre til endring i atferd. Pasienter kan reagere avvisende, aggressivt og irritert i forskjellige situasjoner. Sykepleiere rapporterte at de opplevde seg usikre når det gjelder vurdering av smerter. En av sykepleiere bekreftet dette med følgende utsagn: «How do we interpret? Do we interpret correctly? It is not easy to find the key. In addition, they are so different» (Midtbust et al., 2018, s. 4 )

Dette samsvarer med funnene i studien til De Witt Jansen et al., (2018, s. 1349) som viser at den mest rapporterte utfordringen var knyttet til smertekartlegging hos pasienter med flat affekt og svingende bevissthet som viste en mild reaksjon på smerter. Deltakere i denne studien uttrykte usikkerhet relatert til om hvorvidt nonverbale var uttrykk relatert til smerter (2018).

#### *4.1.2 Smertekartleggingsverktøy*

I Lillekroken og Slettebø (2013, s. 30) opplevde deltakere å jobbe med pasienter med demensdiagnose som både faglig spennende og utfordrende når det gjelder smertekartlegging. Mangel på smertekartleggingsrutiner ble presentert som funn i denne studien. Sjelden bruk av

smertekartleggingsverktøy ble rapportert av flere deltakere. Videre kom det fram i studien at sykepleierne benyttet døgnregistreringskjema for å registrere pasientens atferd. En av informantene uttalte: «Vi har” uroskjema”. Ja, det kan brukes for å registrere døgnrytmen, men det kan alltid tilpasses. Det kan også brukes på smerte ... » (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30).

I alle institusjoner som ble inkludert i studien til De Witt Jansen et al., (2018, s. 1350) ble smertevurderingsprotokoller enten påbudt eller anbefalt. Studien vektlegger at bare 27,6 % av deltakere brukte smertekartleggingskjema i hverdagen. Abbey Pain Scale var det mest brukte verktøyet. Sykepleierne uttrykte usikkerhet om relevansen av smertekartleggingsverktøy i praksis. Noen av deltakere mente at det er tilstrekkelig med sykepleieres objektive vurdering som er basert på observasjoner. Studien viste at 72 % av deltakere ikke benyttet verktøy for å kartlegge smerter. Studien peker på liten tiltro til bruk av smertekartleggingsverktøy blant sykepleierne. Flere deltakere mente at bruk av verktøy har flere begrensninger. I tillegg viser studien at bruk av smertekartleggingsverktøy er vanskelig å integrere i eksisterende praksis. Smertekartleggingsverktøy falt ofte ut som følge av inkonsekvent bruk og dokumentasjon. Det var i tillegg observert store variasjoner i smerteskår hos samme pasient avhengig av hvem som utførte vurderingen. Studien viser at erfart personal unngikk bruk av verktøy på grunn av medarbeidere som gjennomførte vurdering uten å observere pasienten. En sykepleier sa følgende «I would have noticed that staff were perhaps guessing that the score was going to be the same and they weren't going back and actually looking at the resident and assessing them» (De Witt Jansen et al., 2018, s. 1350).

Studien til Lundin og Godskesen (2021, s. 4) bekrefter at lav tiltro til effektivitet av verktøy påvirker i hvilken grad smertekartleggingsverktøy ble brukt. Flere av deltakere rapporterte at de foretrakk å vurdere smerter etter intuisjon (2021).

#### 4.2 Relasjonsbetydning

I studien til Lundin og Godskesen (2021, s. 4) kom det fra at kjennskap til pasienten er viktig i smertekartleggingsprosessen. Deltakere som ikke hadde kjennskap til pasienten fra før opplevde smertekartlegging som ekstra utfordrende, fordi de kunne ikke sammenligne nåværende atferd med tidligere atferd.

Videre viste studien at vikarer som ikke kjente pasienten og i tillegg hadde redusert kunnskap om smerteatferd hos pasienter med moderat demens opplevde vurdering av smerter som vanskelig. Dette økte risikoen for å overse symptomer på smerte og ikke rapportere det videre til sykepleiere. En sykepleier sa følgende: «When I entered the room, I noticed the person was really in pain, and I questioned the healthcare personnel: why haven't you said something to me?» (Lundin & Godskesen, 2021, s. 6).

Studien til Midtbust et al., (2018, s. 3-4) oppgir samme funn. Deltakere vektla viktigheten av kjennskap til pasienten. Selv om noen av pasientene fortsatt hadde språk, uttrykte de i liten eller ingen grad sine smerter. Palliativ omsorg hos demens pasienter krever kjennskap til måten pasienten uttrykker seg på for å forstå budskapet og finne årsaken til smerte, angst eller ubehag. En sykepleier sa følgende: «There are only small signs, but just enough for those who know him well to realize that he is in pain» (Midtbust et al., 2018, s. 3-4).

Midtbust et al., (2018, s. 4-5) utdyper at god kjennskap til pasienten gjorde det lettere for deltakerne å gjenkjenne vendepunkter der pasientens tilstand var endret og det nærmet seg slutten på livet. Deltakere fra skjermede enheter som var inkludert i denne studien uttrykte at det var vondt å overflytte pasienter som ikke lenger hadde behov for å være innlagt på en skjermet enhet, til somatiske avdelinger. Deltakerne uttrykte bekymring over at somatiske avdelinger ofte ikke har personal som har erfaring med å identifisere smerter hos denne sårbare pasientgruppen. I tillegg mente deltakere at pasientene ofte ble roligere ved å se kjente ansikt eller å høre kjente stemmer (2018).

#### 4.3 Sykepleierens kompetanse

Mangel på faglig kompetanse og evne til å anvende palliativ tilnærming var en av hovedfunn i studien til Lundin og Godskesen (2021). Utilstrekkelig kunnskap begrenset sykepleiernes evne til å yte god palliativ omsorg til denne pasientgruppen. En sykepleier uttalte følgende:

I have seen that persons with dementia can be more or less calm according to which staff are working ... If there are anxious staff working, so to speak, if they talk loud, if they are stressed or something, then the person with dementia can also become worried and experience more pain ... Meeting people with dementia is an art that is so important -to calm them and treat them with respect. (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5-6)

I studien til Lillekroken og Slettebø (2013, s. 31) uttrykte deltakerne behov for å ha felles retningslinjer innen smertevurdering. Allikevel var ikke alle deltakere enige om denne idéen. En av deltakerne uttrykte at smerte ikke kan standardiseres:

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 & Slettebø, 2013, s. 31)

Deltakerne i studien til De Witt Jansen et al. (2018, s. 1349) formidlet at de manglet begrunnelse for valg av et bestemt verktøy, informasjon om positive resultater som oppstår ved bruken av bestemte verktøy og veiledning i hvordan verktøyet kan integreres med eksisterende praksis og retningslinjer. De fleste deltakerne la vekt på et kritisk behov for investering i oppkvalifisering av helsepersonell på tvers av miljøer og spesialiteter for å håndtere symptomvurdering og behandling ved livets slutt fase (2018).

## 5.0 DISKUSJON

Følgende kapittel er todelt. I den første delen blir det diskuteres valg av integrativ oversikt som metode. I tillegg skal drøfte svake og sterke sider ved anvendt metode og egen gjennomførelse. Videre skal vi vurdere artikkelens gyldighet og relevans. I andre delen av kapittel blir funnene fra de utvalgte studiene diskutert og sammenlignet med teori for å skape en ny helhet. I denne delen vil vi også inkludere våre erfaringer fra praksis.

### 5.1 Metodediskusjon

Ved å velge integrativ litteraturoversikt som metode, fikk forfatterne mulighet til tilegnelse av ny kunnskap om temaet. Det er en fordel at vi ikke trengte direkte tilgang på respondenter og at vi kunne søke fram mye data. En muligens begrensning i litteraturstudie kan være at forskeren leter etter bekrefting på det hen allerede tror på forhånd. Dette kan føre til at forskeren overser funnene som avviker fra det hen ønsker å undersøke. Samtlige vitenskapelige artikler som er inkluderte i studien er fagfellevurdert forskning. Inkluderte artikler er godkjent av etiske komitéer. Et unntak fra dette er studien til Lundin og Godskesen (2021), da godkjenning av ikke-intervensjonell forskning ikke er påkrevd i Sverige.

Studiene som ble inkludert i denne oppgaven ble utført i ulike land, én i Sverige, to i Norge og én i Nord-Irland. Når det gjelder kvalitet på helsetjenesten scorer Norge helt i toppen blant 191 land. Verdens helseorganisasjon har plassert Norge på tredje plass når det gjelder pasientrettigheter og informasjon, bruk av IT i helsevesenet, utfall av behandling og bredde av behandlingstilbudet (sitert i Halvorsen et al., 2019). Derfor ønsket forfatterne å inkludere land, hvor kvalitet på helsesystemet lar seg sammenligne med det norske helsevesenet. Forfattere valgte likevel å inkludere studien som ble gjennomført i Nord-Irland, selv om Nord-Irland har lavere kvalitet i helsevesenet sammenlignet med Norge. Ved å inkludere denne studien understreker forfatterne at undervurdering av smerter hos denne pasientgruppen er et internasjonalt problem.

Bredere metodekunnskap før vi begynte prosessen med å søke etter artikler kunne ført til grundigere kvalitetssjekk av artiklene. Forfatterne er bevisst på at dette kan ha bidratt til å svekke oppgavens kvalitet.



Oppgavens problemstilling ble utformet på bakgrunn av forfatterne egne erfaringer og observasjoner fra sykehjems praksis. Hensikten var derfor i utgangspunktet å inkludere studier som har sykehjem som forskningsarea. I prosessen med artikkelsøk la forfatterne merke til at det eksisterer en del forskning fra sykehus og hospice som ville være relevant for oppgavens problemstilling. Således ble det valgt å inkludere forskning som ble utført på ulike institusjoner – både sykehus, hospice og sykehjem. Studien til Lundin og Godskesen (2021) foregikk på tolv demensavdelinger i Sverige, som inkluderte 13 sykepleiere. Det vurderes som en fordel at Lundin og Godskesen (2021) inkluderte sykepleiere fra tolv forskjellige demensavdelinger. Studien tilbyr en oversikt over utfordringer fra flere avdelinger. Svakheter ved denne studien er at deltakere ble utvalgt av avdelingssykepleiere. Dette kan ha ført til at eventuelle utfordringer på enkelte avdelinger ikke ble presentert. I tillegg kunne deltakere blitt mer variert med tanke på alder, kjønn og utdanningsnivå.

I Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie ble utført i to geriatriske avdelinger på to ulike sykehus, inkluderte en skjermet enhet i et kommunalt sykehjem, hvorav 18 sykepleiere deltok. Oppgavens forfattere er bevisst på at et lavt antall sykepleiere fra to sykehus og ett sykehjem kan redusere funnernes overførbarhet. Resultatene i denne studien samsvarte med de andre funnene som er presentert i denne oppgaven. Derfor mener forfatterne at denne studien fremdeles er relevant for oppgaven. I tillegg ble denne studien gjennomført i Norge, som vi vurderer som en stor fordel, da denne understøtter våre egne observasjoner fra praksis. De Witt Jansen et al., (2018) sin forskningsarena var sykepleiere og leger med arbeidsplass på seks sykehus, ti sykehjem og fire hospice. Data fra hospice ble inkludert fordi det har flere likhetstrekk med sykehjem. Midtbust et al. (2018) har gjennomførte sin studie på fire ulike sykehjem. 13 sykepleiere og syv helsefagarbeidere deltok i studien. Slik som i studien til Lundin og Godskesen (2021) ble også deltakere utvalgt av avdelingssykepleiere, noe som kan redusere studiens validitet.

Kvalitativ metode kjennetegnes ifølge Dalland (2017, s. 53) av åpenhet og fleksibilitet. Denne metoden fokusere på å representere mening og opplevelser (2017). Forfattere mener at det kan være en ulempe at innhentet data er hovedsakelig subjektive.

Tre artikler som er skrevet på engelsk ble inkludert, samt én artikkel skrevet på norsk. Forfatterne forsøkte å tolke og oversette disse artiklene på best mulig måte for å bevare budskapet og det som skal formidles.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel diskuteres resultater i sammenheng med teori og våre egne erfaringer.

### 5.2.1 Smertevurdering

Inkluderte studier peker på flere utfordringer sykepleiere opplever i selve smertevurderingsprosessen. Funnene viser viktigheten av å inkludere felles smertekartleggingsrutiner på enkelte avdelinger for å bidra til at pasienter skal få en verdig behandling. Tidligere forskning viser at en av grunnene til undervurdering av smerter hos pasienter med demens er mangelfull smertekartlegging av helsepersonell (Proctor & Hirdes, 2001, sitert i Bjøro & Torvik, 2008). I de to følgende underkapitler diskuteres forskningens hovedfunn, som viser utfordringer knyttet til kommunikasjon og bruk av smertekartleggingsverktøy.

#### 5.2.1.1 Kommunikasjon

I studien til Lundin og Godskesen (2021) og Midtbust et al. (2018) rapporterte deltakere utfordringer knyttet til pasienters begrensede språkfunksjon. En sykepleier i studien til Lundin og Godskesen (2021) spesifiserte at dette fører til at vurdering av medisineffekt er vanskelig å evaluere. Studien viser at sykepleierne ofte begynner smertekartlegging med å etterspørre om pasienten har smerter (2021). Selvrapporing er gullstandard for smertekartlegging (Bjøro & Torvik, 2008). Forskning viser også at rapportering av smerter forekom i mye mindre grad hos personer med kognitiv svikt enn hos personer som er kognitiv intakte (Proctor & Hirdes 2001, sitert i Rustøen & Wahl, 2008). Flere demenssykdommer påvirker språkfunksjon. Mest alvorlig form for afasi; global afasi, der pasienter har problemer med å både forstå det andre sier og selv snakke (Engedal & Haugen, 2016). Symptomer som påvirker pasientens evne til å uttrykke seg er hukommelsestap, oppmerksomhetssvikt og språkvansker (Holthe & Tretteteig, 2016).

Forfatterne mener at kartlegging av pasientens kommunikasjonsevne er avgjørende for å kunne kartlegge smerter. I praksis opplevde vi det som utfordrende å komme inn til pasienter uten å vite i hvor stor grad deres språkfunksjon var påvirket. Videre mener forfattere at smertekartlegging må ta utgangspunkt i pasientens evne til å forstå det sykepleier formidler og i pasientens evne til å uttrykke seg verbalt. Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) viser

at sykepleierne brukte metoder for datainnsamling som ikke var tilegnet pasientens språkfunksjon (2013). Dette kan ifølge forfattere føre til at sykepleier mistolker pasientens atferd.

Deltakere i studiene til Lillekroken og Slettebø (2013) og Lundin og Godskesen (2021) pekte på utfordringer relatert til sykepleierens evne til å tolke pasientens atferd og vurdere smerter ut ifra atferden. Sykepleierne meddelte at de utfører smertekartlegging basert på egen intuisjon og observasjon av pasientens verbale og nonverbale uttrykk som skriking, stønning eller rastløshet (2013, 2021). Solheim (2015) nevner flere atferdsmessige symptomer som er relatert til demens. Dette er blant annet roping og motorisk uro (2015). Torvik og Bjøro (2016) angir at smerteindikatorer hos gamle med demens kan være blant annet stønning, urolige og nervøse bevegelser (2016). I studien til Lundin og Godskesen (2021) kom det fram at sykepleierne opplevde det som utfordrende å skille mellom atferd relatert til demens og smerteatferd (2021). Henderson (1990) beskriver i sin teori sykepleier som “den profesjonelle mor”, hun beskriver sykepleier også som en tolk for pasienten. Henderson (1990) vektlegger at sykepleier har en hovedrolle i tolking av pasientens ord, taushet og bevegelser. Derfor må hen hele tiden forsøke å forstå og hen må være ytterst følsomt for alle kontaktforsøk (1990).

#### **5.2.1.2 Smertekartleggingsverktøy**

Forskningsareaer som ble inkludert i studien til De Witt Jansen et al. (2018) hadde smertevurderingsprotokoller som var enten påbudt eller anbefalt. Studien vektlegger at bare 27,6 % av deltakere brukte smertekartleggingsskjema i hverdagen (2018). Deltakere i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) rapporterte at de brukte smertekartleggingsverktøy sjelden eller nesten aldri. Pasienter med svekket språkfunksjon er avhengig av at sykepleier observerer og tolker endring av atferd. En forutsetning for at smertekartlegging er av god kvalitet, er blant annet at sykepleier bruker et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy. Sykepleier må være bevisst på at det er begrensninger ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Det er derfor viktig at sykepleier baserer iverksatt tiltak både på klinisk skjønn og observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Torvik & Bjøro, 2016).

Ut ifra forfatterens egen erfaring med denne sårbare pasientgruppen vurderer vi inkludering av smertekartleggingsverktøy i praksis som relevant til tross for begrensninger ved bruk. Vi har observert at endring i atferd hos denne pasientgruppen ofte ble automatisk vurdert som symptom på selve demenssykdommen. Forfatterne har også erfaringer fra avdelinger hvor

bruk av smertekarleggingsverktøy var anbefalt. Allikevel ble denne anbefalingen lite praktisert i hverdagen. Kontaktsykepleiere og medarbeidere hadde ikke klare anbefalinger om hvordan smerter kartlegges hos denne pasientgruppen. Forfatterne fikk ofte til svar at sykepleier bare lærer seg dette med praksistiden. Allikevel mener vi at felles rutiner er viktige for å bidra til en felles forståelse av smerter hos enkelte pasienter. Med dette kan det unngås at hver enkelt sykepleier vurderer pasientens smerte basert kun på egen intuisjon.

Sykepleiere i studien til Lunding og Godskesen (2021) og De Witt Jansen et al., (2018) benyttet Abbey Pain Scale for å kartlegge smerter. I begge studiene kom det fram flere barrierer ved bruk av Abbey Pain Scale. En av disse barrierene var sykepleierens holdninger til effektivitet av dette smertekartleggingsverktøyet. Flere av deltakere mente at det er tilstrekkelig med kliniske observasjoner og at bruk av kartleggingsverktøy ikke bidrar til en bedre palliativ omsorg (2021, 2018). Det er vanskelig å utvikle gode standardiserte verktøy på grunn av store variasjoner i smerteatferd hos pasienter med demens (Herr et al., 2006a, sitert i Rustøen & Wahl, 2008). Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør alle pasienter som viser atferdsmessige symptomer ved demens utredes for smerter ved hjelp av strukturerte verktøy (2019).

Deltakere i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) opplyste at de ikke bruker smertekartleggingsverktøy som var utviklet for å vurdere smerter hos denne pasientgruppen, men at de brukte døgnregistreringskjema for å dokumentere pasientens atferd over tid. En sykepleier fortalte følgende: «Vi har “uroskjema”. Ja, den kan brukes for å registrere døgnrytmen, men det kan alltid tilpasses. Det kan også brukes på smerte...» (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 40). Registrering er basert på sykepleiers subjektive opplevelse av hva som vurderes som atferdsavvik (Tretteteig, 2016).

Døgnregistreringskjema kan brukes hos flere pasientgrupper som ikke blir presisert nærmere. Forfatterne opplevde at skjemaet er lite egnet til smertekartlegging hos pasienter med en demensdiagnose som er i palliativ fase. Forfattere mener at skjema har ikke fokus på kartlegging av smerter ved bevegelse som for eksempel MOBID-2. Av denne grunn vurderer forfattere bruk av denne type verktøy som u hensiktsmessig, da skjema har bare fokus på dokumentering av endret atferd.

Torvik og Bjørø, (2016) beskriver Doloplus-2 og MOBID-2, som begge er kartleggingskjemaer oversatt og utprøvd i Norge. De ble utviklet for smertekartlegging hos

pasienter med demens som har begrenset språkfunksjon. Gjennom 3. års praksis og som vikarer har forfatterne ikke erfart at disse kartleggingsverktøyene ble brukt i praksis. Selv om de ble utviklet til personer med demens mener vi, at bruk av disse er overførbare til palliasjon.

### *5.2.2 Relasjonsbetydning*

To av oppgavens utvalgte studier viser utfordringer ved å ikke ha kjennskap med demenspasienter i palliativ fase. Disse utfordringene gjør det vanskelig å sammenligne nåværende atferd med tidligere atferd, overse symptomer på smerte og ikke rapportere videre til kollega (Lundin & Godskesen, 2021; Midtbust et al., 2018). Ifølge Travelbee (2018) kan sykepleier ha informasjon om pasienten gjennom å lese på journalen grundig og ha god kjennskap til sykdommen hans og hvilke tiltak som må settes inn for å lindre plagene. Men dette er ikke alltid tilstrekkelig nok for å ha kjennskap til pasienten ifølge Travelbee. Hen beskriver at å ha kjennskap til en pasient er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket. Hen forklarte; hvis sykepleier ikke har forståelse for hvordan hvert individ er vant til å håndtere påkjenninger og oppfører seg under vanskeligheter, vil sykepleier ikke kunne gi meningsfylt hjelp(2018). Fra dette forstår forfatterne hvor viktig det er å ha kjennskap med pasienten for å vite hvordan pasienten opplever og responderer på smerte. Kristoffersen og Nortvedt (2016) beskriver det, er evnen til å forstå andre læres over tid, og den kunne læres bare gjennom praktisk erfaring. Forfatterne mener derfor at praktisk erfaring og empati er viktig for å ha kjennskap til pasienten. Ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2016) empati betyr innlevelse, medfølelse og berørhet. Det betyr ikke å føle det samme som den andre føler, men at den andre personens tilstand berører følelsesmessig, og evnen til å leve seg inn i andres situasjon (2016).

Studien til Midtbust et al., (2018) understreket at det er viktig å ha kjennskap til pasienten for å indentifisere når pasientens tilstand endrer seg, for å forstå hva pasienten formidler og for å finne årsaken til smerte (2018).

### *5.2.3 Sykepleiekompetanse*

I oppgavens hovedfunn kom det fram at det mangler felles retningslinjer, det mangler begrunnelse for valg av verktøy hos sykepleiere, og behov for oppkvalifisering av helsepersonell. Det skal ses nærmere på disse funnene ved bruk av teori i det følgende.

Lundin og Godskesen (2021) og De Witt Jansen et al. (2018) peker på at det manglet faglig kompetanse og evne til å yte god palliativ omsorg hos sykepleiere for pasienter med moderat demens, og behov for oppkvalifisering av helsepersonell. Disse resultatene var ikke overraskende for forfatterne da vi har erfart at det mangler kompetanse rundt dette. Som Akre (2014) beskriver, trenger de fleste palliative pasienter kompetansekrevende helsehjelp på grunn av behov for lindring og trøst, behandlingsprosesser, pleieprosesser, familieprosesser og livsprosesser (2015). Fra dette forstår forfatterne på hvilke grad at palliativ omsorg krever sykepleie kompetanse for å yte god omsorg. Helsepersonelloven (1999) § 4 beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og med hensyn til situasjonen (1999). Resultater fra de inkluderte artiklene er motstridende i forhold til hva som må utføres ifølge loven. Ut ifra dette kan forfatterne si at manglende sykepleiekompetanse kan føre til uheldige hendelser som kan berøre pasienten. Kommunen har plikt til oppkvalifisering av helsepersonell når det behøves. Det er nedfelt at kommunen skal tilrettelegge tjenester slik tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1d).

Det manglet felles retningslinjer innen smertevurdering, og manglet begrunnelse for valg av et bestemt verktøy, informasjon om positive resultater som oppstår og veiledning i hvordan verktøyet skal integreres i eksisterende praksis i følge beskrivelse av deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø, (2013) og De Witt Jansen et al. (2018). Om det ikke finnes retningslinjer på arbeidsplassen er dette en av utfordringene sykepleier kan oppleve. Forfatterne har ikke blitt opplyst om retningslinjer for å vurdere smerte da vi var i sykehjemspraksis. Torvik og Bjøro, (2016) beskriver at organisasjonsmessige forhold, som manglende klare retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon, representerer barrierer for effektiv smertebehandling (2016).

Fordi smerte er subjektivt mener forfatterne at det er nødvendig å ha klare retningslinjer slik at sykepleiere kan sette seg inn i gjeldende retningslinjer for å hjelpe pasienter så godt som mulig, og derfor bør ledere jobbe for dette.

Solheim (2015) vektlegger at helsepersonells kunnskap er avgjørende i en kartleggingsprosess. For at smertekartlegging skal være mest mulig pålitelig forutsetter det at sykepleier som skal utføre kartlegging har lært seg hvordan det skal gjøres (2015). For at

helsepersonell skal kunne ha kunnskap om kartleggingsprosess mener forfatterne at arbeidsmiljøet bør gi nok opplæring i hvorfor verktøyet brukes, hvorfor det er viktig å bruke og hvordan det integreres i eksisterende praksis. Yrkesetiske retningslinjer (2019) sier at sykepleiere er pliktet til å oppdatere seg på ny forskning, ha erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og at sykepleier bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis (Norsk sykepleieforbund, 2019). Forfatterne mener at sykepleierne ikke har ansvar alene, men arbeidsgiver må legge til rette samt videreutdanning.

## 6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Forfatterne konkluderer med at mangelfulle rutiner vedrørende smertekartlegging, samt mangel på kompetanse innen dette område blant sykepleiere, har negativ innvirkning på sykepleierens lindrende funksjon. Begrenset språkfunksjon hos denne pasientgruppen stiller høye krav til sykepleiers kompetanse. Nevnte barrierer har negativ innvirkning på livets siste fase og fratrar pasientens rett til en verdig død.

Ut ifra resultater vurderer forfatterne at følgende områder har forbedringspotensial:

- Forfatterne foreslår at det dannes klare retningslinjer på hver avdeling med høy forekomst av denne pasientgruppen. Vi anser det som viktig at regelmessig bruk av observasjonsbasert kartleggingsverktøy står som tiltak i pleieplan hos aktuelle pasienter. Frekvensen av smertekartlegging skal vurderes ut ifra pasientens tilstand. Vi anbefaler allikevel at kartlegging utføres minst to ganger per vakt. Dette for å få oversikt over pasientens atferd i løpet av hele dagen. Vi foreslår kartlegging og dokumentasjon av pasientens vanlige atferd. Dette kan bidra til at personale som ikke kjenner pasienten kan vurdere atferdsavvik.
- Det foreslås at helsepersonell på alle aktuelle avdelinger skal få tilbud om å delta på kurs i bruk av smertekartleggingsverktøy. Alle ansatte som har kontakt med denne pasientgruppe bør delta på kurset slik at alle kan rapportere viktige observasjoner videre. Kurs bør også inkludere informasjon om relevans av valgt smertekartleggingsverktøy og ikke minst begrensninger ved bruk av verktøyet. Dette for å øke tiltro til relevans av å inkludere verktøy i hverdagen. I tillegg skal kurs vektlegge barrierer sykepleier kan erfare ved bruk av enkelte smertekartleggingsverktøy.
- Personal bør deles inn i små grupper, hvor hver enkelt pasient skal få tildelt en gruppe av ansatte som skal ha hovedansvaret for omsorgen. Dette for å unngå at det er unødvendig flere som utfører kartlegging uten å kjenne pasienten.
- Vi foreslår at det arrangeres refleksjonsgrupper én gang per måned for at ansatte skal få mulighet å reflektere over smertekartlegging hos pasienter med demens. Personal



bør få mulighet å fremme forbedringstiltak og vi har tro på at dette kan føre til bedre praksis.

## LITTERATUR

Bjørø, K., & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk.

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (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://doi.org/10.1002/gps.4931>

Engedal, K., & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13–35). Forl. Aldring og helse.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.

Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utgave). Universitetsforlag.

Helse omsorgstjensteloven, §4-1 d. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenster m.m. (Helse- og omsorgstjensteloven)* (LOV -2011-06-24-30) [Lovdata.no].  
[https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4)

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagen* (IS-2278; s. 85). Helsedirektoratet.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf)

Helsedirektoratet. (2019, november 27). *Demens: Lindrende behandling til personer med demens*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens>

Helse-og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/mensplan-2025.pdf>

Helsepersonelloven §4. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven)* (Lov-1999 07-02-64). <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A74>

Henderson, V. (1990). *Sykepleiens grunnprinsipper* (Ny utg.). Norsk sykepleierforbund. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009042904147](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009042904147)

Holthe, T., & Tretteteig, S. (2016). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 259–271). Forl. Aldring og helse.

Husebø, B. S. (2016). Lindrende demensomsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Forl. Aldring og helse.

Kirkevold, M. (2017). *Sygeplejeteorier: Analyse og evaluering*. Munksgaard Danmark.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. Gyldendal akademisk.

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29–33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

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), 48.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). A painful experience of limited understanding: Healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BMC Palliative Care*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0282-8>

Norske Helseinformatikk. (2019, januar 2). *Ulike demensformer*. NHI.no.

<https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk/0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, F. (2016). Smerte-en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 169–183). Gyldendal akademisk.

Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten* (s. 408–434). Gyldendal akademisk.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget.

Torvik, K., & Bjøro, K. (2016). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 390–405). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.

Tretteteig, S. (2016). Uttfordrende atterd. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 273–289).

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.

Aakre, M. (2014). Verdig livsavslutning for alle. I M. Holm & S. Husebø (Red.), *En Verdig alderdom; Omsorg ved livets slutt*. Fagbokforlaget.

**VEDLEGG 1: SØKELOGG**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
10.03.22	SveMed+	Sykepleie OG demens OG (palliasjon ELLER livets siste dager) OG smertekartlegging	2012-2022 Norsk, engelsk	2	2	2	1 Artikkel 2
10.03.22	CINAHL	Nurs*AND experience AND dementia AND (palliation OR end of life care)	2012-2022 Engelsk	12	5	3	0
23.03.22	PubMed	Nursing AND dementia AND (palliation OR end of life care) AND pain assesment AND qualitativ method	2012-2022 Engelsk	19	6	5	2 Artikkel 1 Artikkel 3
24.03.22	PubMed	Palliative care AND nursing home AND dementia AND qualitative method	2012-2022 Engelsk	71	8	3	1 Artikkel 4

## VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikt med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalgt /populasjon	Hovedfunn /resultater
Godskesen, T. E. og Lundin, E. 2021 <i>BMC Nursing</i> Sverige	<b>Artikkel 1</b> «End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes»	Undersøke utfordringer som sykepleiere erfarer i møte med pasienter med moderat grad av demens og smerte i livets slutfase	Sykepleier	Kvalitativ  Data samlet inn via spørreundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål  Studien har et beskrivende og utforskende design  Tematisk analyse ble brukt	13 sykepleiere fra 12 demens avdelinger på sykehjem delto.  Inklusjonskriterier: minst 1 år praksis innen palliativ omsorg til pasienter med moderat demens	Studien avdekket utfordringer knyttet til relasjoner, kommunikasjon og organisatoriske utfordringer.  Sykepleiere oppga pasientens manglende evne til å uttrykke smerter verbalt som en stor utfordring  Utfordringer ved å skille smerteatferd fra angst  Studien viser viktigheten av gode relasjoner med pårørende  Studien avslørte mangler både når det gjelder rutiner på avdelinger og sykepleierens kompetanse  Studien beskriver at de fleste sykepleierne brukte Abbey Pain Scale vurderingsverktøy,

						noen av dem brukte det ikke fordi de mente at vurderingsverktøy var utilstrekkelig
Lillekroken, D., Slettebø, Å. 2013 <i>Nursing Science</i> Norge	<b>Artikkel 2</b> «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»	Målet med denne studien var å undersøke erfaringer sykepleier har ved kartlegge og lindre smerte hos pasienter med demens.	Sykepleier	Kvalitativ Data samlet inn via semistrukturert intervjuguide og fokusgruppeintervju.  Tematisk analyse ble brukt	18 sykepleiere deltok i studie. Deltakerne var fra geriatrisk avdeling ved to ulike sykehus og en skjermet enhet i et kommunalt sykehjem på Østlandsområdet	Resultatene viser at smertekartleggingsverktøy sjelden eller nesten aldri ble benyttet  Sykepleiere oppgir at de ikke har smertekartleggingsverktøy som er egnet til pasienter med kognitiv svikt.  Studien avslørte mangler både når det gjelder kunnskap blant personalet og rutiner på avdelinger
De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M.,	<b>Artikkel 3</b> «A tool doesn't add anything". The importance of added value:	Utforske bruk av smertekartleggingsverktøy hos døende pasienter med moderat grad	Sykepleier og lege	Kvalitativ Data samlet inn via semistrukturerte, ansikt til ansikt	24 sykepleiere og 23 leger deltok i studien Det var	Studien avdekket at bare 27,6% av deltakere brukte smertekartleggingsverktøy. Dette var knyttet til usikkerhet blant

Watson, M., Parsons, C.  2018  <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>  Nord-Irland	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»	av demens  Videre formål var å utforske sykepleiers og legers perspektiv på praksisutvikli ng og behov for økt kunnskap		intervjuer.  Tematisk analyse ble brukt	inkludert sykepleiere fra sykehjem (n=12), sykehus (n=6) og hospice (n=6).  Inklusjonskr iterier: Praksis innen palliativ omsorg til pasienter med moderat demens	personale om smertekartleggings verktøy er relevant hos denne pasientgruppen  Resultatene viser at bruk av smertekartleggings verktøy førte til mer effektiv i identifisering av smerter.  Studien viser at bruk av observasjons smerteverktøy er spesielt viktig hos helsepersonell som ikke har erfaring med denne pasientgruppen, og barrierer ved bruk av observasjonsbasert e smerteverktøy  Deltakerne uttrykte behov for praksisutvikling og treningsbehov i smertevurdering
Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal. E. & Lykkeslet, E.  2018  <i>BMC Palliative</i>	<b>Artikkel 4</b> «A painful experience of limited understanding : healthcare professionals' experiences with palliative	Målet med denne studien var å avklare sykepleierens erfaringer innen palliativ omsorg til pasienter med alvorlig	Sykepleier e og helsefagarb eidere	Kvalitativ  Data samlet inn ved hjelp av kvalitative dybde- intervju og fokusgruppe	13 sykepleiere og 7 helsefagarbe ider deltok i studien.  Deltakere	Deltakere i denne studie oppga vanskeligheter med å gjenkjenne smerteatferd hos denne sårbare pasientgruppen.  Resultater viser at



Care Norge	care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes»	demens		intervju  Studien har en beskrivende design.	var fra 4 ulike sykehjem, hvor tre sykehjem hadde en skjermeavde ling	det var en fordel å ha kjennskap til pasienten fra før og tett samarbeid med pårørende  Helsepersonell opplevde vanskeligheter med å tolke nonverbal atferd, spesielt når det gjelder til atferdssymptomer som aggresjon og omsorgsavvisning
---------------	--	--------	--	---	--	---