

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleieres erfaringer med identifisering, kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.22

Kandidatnummer: 5324 og 5347



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 Teorikapittel	7
2.1 Demens.....	7
2.2 Smerte.....	7
2.2.1 Smerte og demens	8
2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	8
2.4 Personsentrert demensomsorg.....	9
2.5 Kommunikasjon med personer med demens	10
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	11
3.3.1 Valg av søkestrategi.....	12
3.3.2 Valg av databaser	12
3.3.3. Valg av søkeord	12
3.3.4 Valg av artikler	13
3.4 Analyse av artikler	15
4.0 Resultater	17
4.1 Profesjonelle erfaringer og mangel på kompetanse	17
4.2 Kommunikasjonsutfordringer	17
4.3 Tidsbegrensning og underbemanning	18
4.4 Etske utfordringer.....	18
4.4.1 Etske utfordringer i møte med pårørende	19
4.5 Identifisering og kartlegging av smerte.....	19
4.5.1 Administrering av smertestillende	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.1.1 Kildekritikk	21
5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode.....	22
5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode	22

5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Kommunikasjon og mangel på kompetanse og ressurser.....	23
5.2.2 Kjennskap til pasientene og pårørende som positiv faktor.....	24
5.2.3 Etiske utfordringer og administrering av smertestillende.....	26
5.2.4 Erfaring med smertekartlegging.....	28
5.3 Oppsummering og anvendelse i praksis.....	30
Litteratur	32
Vedlegg 1: søkelogg.....	35
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	36

Antall ord: 7997

Sammendrag

Bakgrunn

I 2021 var det omkring 101 000 personer med demens i Norge og innen 2050 er det forventet mer enn en dobling av antallet grunnet økende antall eldre. På sykehjem har i overkant 80 prosent av pasientene demenssykdom. Flere studier viser høy forekomst av smerter hos eldre pasienter, men hos pasienter med demens er smerte ofte underkjent og underbehandlet.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å tilegne kunnskap om sykepleieres erfaringer med identifisering, kartlegging og lindring av smerter hos pasienter med demens i institusjon.

Metode

Metoden vi har benyttet oss av er integrativ litteraturoversikt med fire kvalitative forskningsartikler som vi har analysert. Funnene fra studiene, sammen med relevant teori og egne refleksjoner, utgjør grunnlaget for oppgaven.

Resultater

Resultatene viser at det er flere faktorer som påvirker identifisering, kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens. Faktorene har sitt grunnlag i sykepleiernes kompetanse og erfaring, kommunikasjonsutfordringer, pårørendes påvirkning og pasientens grad av kognitive svikt og om de motsetter seg pleie og behandling.

Nøkkelord: demens, smerter, sykepleie, institusjon, kartlegging, identifisering, lindring, behandling, vurderingsverktøy.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge en rapport fra folkehelseinstituttet (FHI, 2021) lever omkring 101 000 personer med demens i Norge. Innen 2050 forventes det mer enn en dobling av antallet grunnet økende antall eldre. Av alle pasienter med langtidsplass på sykehjem har i overkant 80 prosent av pasientene demenssykdom (Strand, 2021). Burns & McIlfatrik (2015, s. 479) skriver i sin studie at flere studier viser høy forekomst av smerter hos eldre pasienter, men hos demente pasienter er det ofte underkjent og underbehandlet. Pasienter som blir rammet av demenssykdom kan få problemer med å uttrykke seg verbalt. Dette bidrar til utfordringer med identifisering av smerte hos pasientene (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 423). Vi har begge erfaring med utfordringene med å identifisere, kartlegge og lindre smerte hos denne pasientgruppen.

1.2 Problemformulering

Pasienter med demens har ofte problemer med å gi uttrykk for smerte og har en manglende evne til selvrapporing av smerte (NHI, 2021). Disse pasientene kan, etter hvert som sykdommen utvikler seg, få utfordringer med å forstå meningen med ord og setninger, eller med formulering av ord (Helsenorge, 2020). Dette er et problem fordi pasientenes forsøk på å gi uttrykk for smerte ofte kan misforstås som generelle symptomer på demenssykdom, som angst eller uro. I ytterste konsekvens kan dette føre til underbehandling eller feilbehandling av pasientenes smerter (Lundin & Godesken, 2021, s. 4).

Sykepleiere trenger ny kunnskap om dette temaet for å få bredere forståelse for symptomer og tegn som kan tyde på at pasienten er smertepåvirket uten at det blir sagt verbalt. Kunnskapen kan føre til å forenkle identifisering og kartlegging av smerte og smertelindringen kan bli bedre.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med identifisering, kartlegging og lindring av smerter hos pasienter med demens i institusjoner.

Denne kunnskapen kan bidra til bedre smertelindring og økt livskvalitet hos pasienter med demens.

2.0 Teorikapittel

2.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Gradvis økende svinn av nerveceller og tap av funksjoner i hjernen fører til en utvikling av kjennetegn som reduserte kognitive funksjoner, svekket kontroll av følelser og funksjonssvikt (NHI, 2021). Demenssykdom er en progredierende sykdom, noe som vil si at personen som får diagnosen vil fungere dårligere over tid, og etter hvert bli fullstendig hjelpetrengende (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Ved demensutviklingen vil de kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomene fortelle noe om hvilke deler av hjernen som er rammet. Varierende symptomer kommer av hvilken del av hjernen som er skadet, ulike miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 416).

2.2 Smerte

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade” (Torvik & Bjøro, 2018, s. 390). NHI (2021) forklarer at smertefølelse er subjektivt. Det betyr at samme utløsende årsak kan gi varierende grad av smertefølelse hos forskjellige individer. Nortvedt (2017, s. 173) forteller om den franske filosofen og fenomenologen Maurice Merleau-Ponty som presenterer viktigheten av sykepleiernes forståelse av pasientenes subjektive og kroppslige opplevelse av smerte. Det er som kroppslige individer vi eksisterer, og det er gjennom kroppen vi både føler og fortolker verden rundt oss. Grunnlaget for erkjennelse og språk, og tilgang til verden er noe vi får gjennom kroppen vår. Pasientenes erfaringer påvirker smerteopplevelsen, og derfor oppleves smerte i en kontekst med en tidshorisont hvor smerte farges av tidligere smerteerfaring og forventninger til smerte i framtid (Nortvedt, 2017, s. 173).

Det finnes ulike verktøy som kan bidra til å forenkle identifisering av smerte hos pasienter med demens. Skovdahl og Berentsen (2018, s. 424) skriver at “MOBID-2 smerteskala er et kartleggingsinstrument som er utviklet for å observere smerteatferd blant personer som har demens. Dette instrumentet kan brukes som hjelp for personer som har problemer med å

beskrive smertene sine” (Skovdahl og Berentsen, 2018, s. 424). VAS er et smertekartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i intensiteten av for eksempel smerte hos en pasient. Skalaen vises som en 10 centimeter lang linje hvor pasienten setter kryss som tilsvarer nivå av smerte. 0 betyr ingen smerte og 10 maksimal smerte (Malt, 2022). Abbey Pain Scale er også et smertekartleggingsverktøy hvor et avkryssningsskjema benyttes for å måle smerte hos pasienter med demens, som har utfordringer med å uttrykke seg verbalt (Abbey, Piller, DeBellis, Esteman, Parker, Giles & Lowcay, 2004).

2.2.1 Smerte og demens

Skovdahl & Berentsen (2018, s. 423) forklarer at smerter hos personer med alvorlig demens i sykehjem er undervurdert og underbehandlet. Redusert evne til å uttrykke behov verbalt og beskrive smerte, gjør smerteutredningen hos personer med demens utfordrende. Indikatorer for smerte hos denne pasientgruppen kan være endret atferdsmønster, men også ikke-verbale og verbale uttrykk. Personen kan bli aggressiv og motsette seg omsorg og pleie. Andre tegn på smerte kan være nedsatt matlyst, søvnløshet eller at personen nekter å stå opp av sengen om morgenen (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 424).

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen definerer omsorg som

... det naturligste og mest grunnleggende i menneskets eksistens, og viser seg gjennom den måten vi omgås andre på og bruker redskaper på bestemte måter sammen med andre mennesker ut fra en felles forståelse av den helheten som handlingene inngår i. (Kristoffersen, 2018, s. 56)

Martinsen sier videre at omsorg er en sosial relasjon som handler om fellesskap og solidaritet. Forståelse for andre kommer av å gjøre ting for eller med andre, utvikle erfaring sammen og bruke erfaringene fra situasjoner til å forstå. Erfaringer kan bidra til forståelse for hvorfor en person forholder seg til sin situasjon på den måten han gjør. Sykepleierne må forholde seg til en annen persons holdning til hans egen situasjon for at omsorgen skal være ekte (Kristoffersen, 2018, s. 56-57).

Gjennom erfaringer kan sykepleiere utvikle kunnskaper og forståelse for den andres smerte. Likevel kan ingen oppleve den andres smerte. Sykepleierne gjøres til medmennesker ved

tilegning av kunnskaper og erfaringer som kan bidra til bedre ytelse av omsorg til pasientene (Kristoffersen, 2018, s. 60-61).

2.4 Personsentrert demensomsorg

Skovdahl & Berentsen (2018, s. 422) skriver at personsentrert demensomsorg legger vekt på noen grunnleggende sosialpsykologiske behov som er identitet, sosial inkludering, tilknytning, bekreftelse, trøst og kjærlighet. Skovdahl & Berentsen (2018, s. 422) henviser til Kitwood (1997) som sier at identitet handler om å vite hvem man er både kognitivt og følelsesmessig. Tilknytning til fortid og nåtid gjør at man har en historie å fortelle. Å bevare identiteten sin når man har demens blir vanskelig fordi sykdommen gjør at man glemmer hvem man er. Tilrettelegging for aktiviteter som pasienten har holdt på med før han ble syk kan bidra til å bevare identiteten. Det er derfor gunstig å sette seg inn i personenes livshistorie for å kunne hjelpe de å holde fast ved den (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 422).

Videre forteller Kitwood (1997) at trygghet kan oppnås ved samvær med eller tanker om en person man føler nærhet til, som kan dekke behovet for trøst. For å kunne tilstrebe trøst er det viktig med tillit mellom den som trøster og den som blir trøstet. Det å tilhøre et fellesskap og være inkludert er enda et grunnleggende behov som er viktig å møte hos den demente personen. For at personer skal føle seg verdifulle er det grunnleggende med bekreftelse og anerkjennelse på hvem de er og at de er viktige. Alle disse behovene utgjør et viktig utgangspunkt i den personsentrerte demensomsorgen (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 422).

Skovdahl & Berentsen (2018, s. 426) presenterer at "Brooker (2007) har videreutviklet og omsatt Kitwoods teorier om personsentrert demensomsorg til praksis - den såkalte VIPS-modellen" (Skovdahl & Berentsen 2018, s. 426).

VIPS bidrar til å implementere og beholde personsentrert omsorg og er bygd opp av fire punkter:

V: Verdigrunnlaget som bekrefter menneskets verdi uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

I: Det unike hos hvert enkelt menneske som blir vektlagt av en individuell tilnærming.

P: Personen med demens sitt perspektiv av verden og evnen til å forstå dette.

S: Sosialt miljø og tilrettelegging for å oppnå at enkeltindividet kan oppleve velvære og trivsel (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 426).

2.5 Kommunikasjon med personer med demens

Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse (2019) forklarer at det blir mer utfordrende for den demente å huske og oppfatte hva som blir sagt etterhvert som demenssykdommen utvikler seg. Det er viktig å tilstrebe et rolig miljø og skjerme for lyder og inntrykk som kan forstyrre pasienten. Demente personer kan få vanskeligheter med å svare på kompliserte spørsmål, begrunne det de sier eller generelt snakke mye. Gjenfortelling av hendelser kan da være en positiv måte å kommunisere på. Det kan være nyttig for sykepleierne å dele erfaringer, vise forståelse og gjøre seg forstått ved kommunikasjon med demente personer.

Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse (2019) presenterer flere tips på hvordan man, for eksempel som sykepleier, kan kommunisere med personer med demens. De forklarer at man burde bruke korte og enkle setninger og unngå vanskelige begreper. Sykepleieren burde unngå å utfordre hukommelsen til pasienten ved å bruke setninger som “husker du da?” eller ord som “hvem?”, hvordan?” og “hvorfor?”. Når pasienten får vansker med kommunikasjonen, kan sykepleieren hjelpe til, men samtidig være oppmerksom på å ikke ta over.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte, som brukes for å undersøke eller komme frem til ny kunnskap. Vi har benyttet oss av dette redskapet for å finne informasjon og data vi trenger for å undersøke hensikten vår (Dalland, 2017, s. 52 og 199).

I empiriske studier er det ofte kvantitativ metode, kvalitativ metode eller en kombinasjon av disse som anvendes. Hvilken metode som blir brukt er avhengig av hva forskeren skal undersøke. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter som tall. Forskeren tilstreber nøytralitet og avstand, og forklarer et fenomen sett utenfra. Kvalitativ metode handler om menneskers erfaringer, opplevelser og meninger, og søker dybde i kunnskaper og forståelse av menneskelige fenomener. Forskeren ser fenomenet innenfra og erkjenner påvirkning og egen deltagelse (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vi har anvendt integrativ litteraturoversikt som metode for vår oppgave. Ifølge Friberg handler litteraturoversikt “om att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterade området, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde” (Friberg, 2018, s. 141). Det finnes forskjellige måter å gjennomføre en litteraturoversikt på. Allmenn- og integrativ litteraturoversikt er to måter. Fellestrekk for metodene er at man identifiserer og avgrensner et problemområde som undersøkes, søker etter vitenskapelige artikler, etablerer et helhetlig bilde av fagområdet, utfører et utvalg av studier, gransker studienes kvalitet og analyserer artiklene. En integrativ litteraturoversikt skiller seg fra allmenn litteraturoversikt ved at man går et steg lenger og drar egne konklusjoner fra resultatene man har kommet fram til. Integrativ litteraturoversikt går ut på å gjennomføre en datareduksjon, skape en oversikt over dataen, foreta sammenligninger og dra konklusjoner (Friberg, 2018, s. 150).

3.3 Søkestrategi

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi startet søkeprosessen med et innledende søk for å undersøke om det var nok data innenfor fagfeltet som kunne støtte opp under vår hensikt. Det ble gjennomført manuelle søk ved å lese gjennom referanselisten til relevante vitenskapelige artikler. Vi brukte systematisk litteratursøk som søkestrategi, som går ut på at søket er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2020, s. 82). For å avgrense søket brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være fagfellevurdert, deltakerne skulle være sykepleiere, arena for studiene skulle være institusjoner og forfatterne skulle ha en relevant bakgrunn innenfor fagfeltet. Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være publisert før 2012, fordi vi ønsket forskning fra nyere tid, da forskning er ferskvare. Vi valgte å avgrense søkene til studier i Europa og USA fordi vi ønsket forskning som hadde en tilnærming til det norske helsevesenet.

3.3.2 Valg av databaser

For å finne empiriske studier som samsvarte med vår hensikt, søkte vi i databaser som var relevante for fagfeltet. Vi valgte databaser innenfor fagfeltet “helse- og sosialfag” for å finne sykepleiefaglig forskning. Databasene vi søkte i var Idunn, SveMed+, British Nursing Index, Medline, Health Research Premium og Cinahl. Etter å ha søkt etter artikler i disse databasene fant vi ut at Cinahl var den databasen som ga best resultater opp mot vår hensikt. Dermed er alle artiklene vi har valgt hentet fra Cinahl.

3.3.3. Valg av søkeord

Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i hensikten vår. Søkeordene vi brukte var “demens”, “smerter” og “sykepleie” i de skandinaviske databasene og “dementia”, “management”, “pain” og “nurs*” i de engelske databasene. Ved å sette en stjerne bak “nurs” fikk vi opp artikler som inneholdt ordet nurse i alle bøyingsformer, som bidro til et bredere søk. Vi brukte AND/OR for å inkludere alle søkeordene eller velge mellom to eller flere søkeord. Vi omrokkerte, inkluderte og ekskluderte søkeordene i de ulike søkene, og kom frem til artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven.

3.3.4 Valg av artikler

Utvalget av artikler startet med at vi først leste overskrifter og sammendrag. Dersom sammendraget virket relevant, leste vi hele artikkelen. Underveis i lesingen hadde vi hensikten vår i tankene for å vurdere om artiklene stod i samsvar med denne.

Søkene våre førte til flere treff både i de skandinaviske og engelske databasene. Ekskludering av søkene med flest treff skjedde på bakgrunn av relevans knyttet til hensikten vår. For eksempel ønsket vi at artiklene skulle ta utgangspunkt i forskning fra sykehjem. Ettersom to av artiklene, vi syntes var mest interessante, hadde sin lokalisasjon på geriatrisk avdeling på sykehus endret vi hensikten fra sykehjem til institusjon.

Vi så på hva forskerne undersøkte, hvilken metode de anvendte og om vi kunne ta i bruk deres resultater for å svare på vår hensikt. En annen vurdering vi tok hensyn til var artiklenes holdbarhet og gyldighet. Vi sjekket om artiklene fulgte IMRaD- strukturen og om de overholdt krav om innhold og form (Dalland, 2017, s. 159-160 og 163).

På bakgrunn av vår hensikt ønsket vi å bruke kvalitative studier, fordi vi ville utforske sykepleieres meninger, tanker, erfaringer og opplevelser rundt temaet. Vi valgte fire studier for å besvare oppgaven vår, og alle disse anvender kvalitativ metode. Tabell 1 viser en oversikt over artiklene vi har valgt.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Monroe, T.B., Parish, A. & Mion, L.C, (2015), Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.	Avgjørende faktorer sykepleiere bruker for å kartlegge smerte i sykehjemsbeboere med demens.	Undersøke sykepleieres praksis og rutiner angående identifisering og lindring av smerte hos demente pasienter i sykehjem.	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ tilnærming. En utforskende studie ved bruk av fokusgrupper på to sykehjem med langtidsplasser, et med 250 plasser og et med 160 plasser. Kriterier for deltakerne var at de var

				<p>sykepleiere med lisens. Sykepleierne som ikke hadde erfaring med smertekartlegging og behandling av smerte ble ekskludert fra studien. I denne studien deltok til sammen 29 sykepleiere.</p>
<p>Lundin, E. & Godskesken, T.E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes.</p>	<p>Omsorg i livets slutfase for pasienter med avansert demens og smerte.</p>	<p>Beskrive sykepleieres erfaring med omsorg for pasienter med avansert demens og smerte i livets slutfase.</p>	<p>Sykepleieperspektiv.</p>	<p>Studien hadde et beskrivende utforskende design. Det ble gjennomført individuelle kvalitative, semistrukturerte intervjuer med 13 sykepleiere fra 12 sykehjem som spesialiserte seg på pasienter med demens. Resultatene ble analysert ved bruk av en tematisk innholdsanalyse.</p> <p>Inklusjonskriterier innebar at sykepleierne måtte ha minst 1 års erfaring i praksis som ferdig utdannet sykepleier. Til sammen deltok 13 sykepleiere.</p>
<p>Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og</p>	<p>Utfordringer og dilemmaer angående smertekartlegging og</p>	<p>Utforske sykepleieres erfaring med smertekartlegging og</p>	<p>Sykepleieperspektiv.</p>	<p>Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervjuer for å samle</p>

smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	smertelindring hos pasienter med demens.	smertelindring hos pasienter med demens.		inn data til studien. Det ble gjennomført tre forskjellige gruppeintervjuer. Det ble laget en semistrukturert intervjuguide. Dataen som ble samlet inn ble analysert gjennom en innholdsanalyse i fire trinn. I denne studien var det 18 sykepleiere som deltok.
Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Faujula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia.	Tilretteleggelse, barrierer og løsninger innen smertebehandling for eldre voksne med demens.	Reflektere rundt sykepleiepraksis og identifisere faktorer og barrierer innen smertebehandling hos eldre voksne med demens og komme med forslag til forbedringstiltak.	Sykepleieperspektiv.	Data til studien ble samlet inn ved bruk av et skriftlig spørreskjema og tre fokusgrupper. Ti sykepleiere fra geriatrisk akuttpost på et universitetssykehus i Spania deltok. Inklusjonskriterier for deltagelse var at de måtte ha et års erfaring som sykepleier på sykehus.

Tabell 1

3.4 Analyse av artikler

Vi startet analysearbeidet med å lese sammendragene av artiklene elektronisk. Deretter skrev vi ut flere artikler vi mente kunne være relevante for vår hensikt. Vi brukte fargekoding for å få en god oversikt over innholdet, noe som gjorde det lettere å se hva artiklene hadde til felles og hva som skilte de fra hverandre. Når vi leste gjennom artiklene la vi hovedvekt på

resultatene fra studiene. Ved analysing av resultatene var det viktig at funnene i studiene støttet opp under vår hensikt. Etter vi hadde lest artiklene gjorde vi en datareduksjon for å sile ut innhold vi vurderte som irrelevant for vår oppgave. Videre sammenlignet vi resultatene fra artiklene for å finne likheter og ulikheter. Til slutt kom vi frem til fem hovedkategorier og to underkategorier i resultatkapittelet. Disse kategoriene ble dermed “profesjonell erfaring og mangel på kompetanse”, “kommunikasjonsutfordringer”, “tidsbegrensning og underbemanning”, “etiske utfordringer” med underkategorien “etiske utfordringer i møte med pårørende” og “identifisering og kartlegging av smerte” med underkategorien “administrering av smertestillende”.

4.0 Resultater

4.1 Profesjonelle erfaringer og mangel på kompetanse

Tre av studiene (Monroe, Parish & Mion, 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 5-6; Minaya-Freire, Ramon-Aribau, Pou-pujol, Fajula-Bonet & Subirana-Casacuberta, 2020, s. 498) fant ut at sykepleierne mente at erfaring var et viktig element i smertekartlegging og behandling. Sykepleierne la vekt på at de måtte være bevisst sin egen rolle og ansvaret de hadde. Viktige faktorer var å være observant, inkludere pårørende i behandlingen og at sykepleierne måtte være villige til å prøve og feile. De mente at personalets mangel på kompetanse og kjennskap til pasientene gjorde smertekartleggingen utfordrende.

En av sykepleierne forklarte konsekvensen av mangel på kompetanse slik "...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..." (Lundin & Godesken, 2021, s. 6). Mangel på kompetanse og kjennskap til pasientene kunne også være en konsekvens av at ansatte ble leid inn eller kun var ansatt for en kort periode. Dette kunne føre til at observasjoner og viktige tegn i kartleggingen ble oversett. Erfaring ble vektlagt som en viktig faktor for smertekartlegging. Sykepleierne fortalte at helsepersonellet, som ikke var sykepleiere, utgjorde en viktig del av omsorgen til pasientene. De hadde mulighet til å være mer sammen med pasientene og kunne derfor rapportere observasjoner til sykepleierne.

4.2 Kommunikasjonsutfordringer

Sykepleierne som deltok i studiene (Monroe et al., 2015, s. 316; Lundin & Godesken, 2021, s. 3-4; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30) fortalte at det kunne være en stor utfordring å sikre adekvat smertelindring til pasientene med langtkommen demenssykdom, fordi pasientene ikke klarte å gi uttrykk for smerte gjennom verbal kommunikasjon. Dette på bakgrunn av den kognitive svikten demenssykdommen hadde påført dem. "It is difficult, because most of them you cannot ask and get a clear answer from" (Lundin & Godesken, 2021, s. 4). Forsøkene på å gi uttrykk for smerte kunne forveksles med generelle symptomer på demenssykdommen, som angst og uro.

Videre fortalte sykepleierne i studiene at udiagnostisert og underbehandlet smerte var et problem hos pasientene med demens. Noen av årsakene til dette kunne være pasientenes høye alder, individuelle behov for smertelindring og at demenssykdommen påvirket pasientenes evne til å kommunisere og gjøre rede for egen smerte. Minaya-Freire et al. (2020, s. 498) skriver i sin studie at sykepleierne fortalte at de brukte nonverbal kommunikasjon ved å rette oppmerksomheten mot en kroppsdel ved kartlegging av smerte. “When I ask if they are in pain, I point to the part of the body I'm referring to” (Minaya-Freire et al., 2020, s. 498). De fortalte også at de forsøkte å bruke et rolig toneleie når de kommuniserte med pasientene, ettersom det kunne berolige dem.

4.3 Tidsbegrensning og underbemanning

To av studiene (Lundin & Godesken, 2021, s. 5; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498) trakk fram at sykepleierne så på tidspress som en faktor som påvirket evnen til å oppnå adekvat omsorg og tilstedeværelse for pasientene med demens. “I think that we also lack time... You don't have enough time to be able to see the patients and then be able to record everything” (Minaya-Freire et al., 2020, s. 498). Underbemanning og stor overbelastning ble også trukket fram som en faktor som påvirket måten de evaluerte og behandlet smerte på. “I think the conversation (for evaluating pain) doesn't last more than 3 minutes. Probably for lack of time or perhaps it's not given the necessary importance” (Minaya-Freire et al., 2020, s. 498). Sykepleierne fortalte at flere av arbeidsplassene ikke hadde mulighet til å leie inn ekstra helsearbeidere grunnet økonomiske begrensninger. Sykepleierne fortalte videre at de følte seg maktles- og hjelpeløse og tidsbegrensningen påvirket deres mestringfølelse.

4.4 Ethiske utfordringer

Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, 31) fortalte at de ofte sto overfor etiske dilemmaer angående smertelindring av pasienter med demens. Når en pasient var sterkt smertepåvirket, men ikke ønsket å ta imot smertestillende følte sykepleierne at tvangsbehandling var siste utvei. “*Gir du dem tabletter, så spytter de dem ut, å stikke dem er veldig vanskelig... jeg synes det er vanskelig når vi skal gi det med tvang...*” (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Videre fortalte sykepleierne at motivasjonsarbeidet for å overtale pasientene til å ta imot behandlingen både var tidkrevende og komplisert.

4.4.1 Etiske utfordringer i møte med pårørende

Studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 5; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31) trakk fram at sykepleierne så på pårørende som en positiv faktor ved smertekartlegging. Pårørende hadde ofte best kjennskap til pasientene og kunne bidra til å tolke pasientenes smerteuttrykk og oppførsel.

Et gjentakende etisk dilemma som sykepleierne i tre av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 5; Lillekroken & Slettebø, 2012, s. 31) fortalte om, var pårørende og deres meninger. Pårørende kunne ha sterke meninger om hvor mye eller hvor lite smertestillende pasientene burde få. Enkelte kunne også være skeptiske til bruken av narkotiske midler. “(The family) wanted them to be awake, but not hurting, but you couldn't have both” (Monroe et al., 2015 s. 318). Sykepleierne i de tre studiene fortalte videre at denne utfordringen kompliserte samarbeidet med pårørende, fordi pårørendes meninger om smertelindring ikke alltid samsvarte med pasientenes behov. Sykepleierne fortalte at de henviste til legen når pårørende stilte spørsmål ved smertebehandlingen. “... *dette blir vanskelig og jeg sier at de må snakke med legen, men hun (legen) er sjelden der...*” (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Sykepleierne fortalte at de følte at pasientenes autonomi ble tilsidesatt for å imøtekomme pårørendes ønsker.

4.5 Identifisering og kartlegging av smerte

I tre av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30-31) fortalte sykepleierne at identifisering og kartlegging av smerte var utfordrende. De vurderte om pasientene var smertepåvirket ved å samle inn forskjellig type informasjon. Først undersøkte de pasientenes oppførsel og verbale signaler. Videre sjekket de pasientenes omgivelser som endring av vær, støy og romtemperatur. Vurderingen baserte seg på en “prøve seg fram” metode, hvor de brukte forståelse, innsikt og egen intuisjon. Noen faktorer ble trukket fram som relevante i forhold til å avklare om pasientene opplevde smerte. Disse faktorene var erfaring, kommunikasjon med pårørende, tverrfaglig samarbeid og relasjon til pasientene.

To av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4) skrev at enkelte av sykepleierne hadde fortalt at de tok i bruk smerteskalaer og smertekartleggingsverktøy. Et

eksempel på et slikt verktøy som ble tatt i bruk var Abbey Pain Scale. Sykepleierne fortalte likevel at kartleggingsverktøyene som var tilgjengelige ikke var tilstrekkelig gode nok. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 30-31) fortalte sykepleierne at de sjelden benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. Noen av sykepleierne hadde kunnskaper om Visuell Analog Skala, men mente at dette verktøyet var avhengig av pasientenes grad av kognitiv svikt. Verktøyet forutsatte at pasientene var kapable til å gi verbal tilbakemelding og hadde mulighet til å forstå informasjon for å kunne gradere smerten, noe som kunne være utfordrende for pasientene med demens.

4.5.1 Administrering av smertestillende

Sykepleierne i studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498) Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30) fortalte at de syntes det var vanskelig å administrere smertestillende når pasientene ikke uttrykte smerte verbalt. Et gjennomgående tema var erfaring og dens betydning for smertebehandlingen.

... a less experienced nurse might follow the protocol of beginning with acetaminophen and moving up the scale of drug strength, as necessary, to Nolotil, followed by morphine. The more experienced nurse, on the other hand, knows that with this kind of patient, the pain is so intense that morphine should be given immediately. (Minaya-Freire et al., 2020, s. 498)

Sykepleierne sa at manglende erfaring kunne føre til større vansker med å administrere sterke preparater når pasientene ikke uttrykte smerte verbalt.

Then one is a bit careful as morphine is a problem, i.e. it affects the respiratory center... One does not want to sedate someone, despite having reached the end of life- you try to give just the required pain relief. (Lundin & Godesken, 2021, s. 4)

Videre tok sykepleierne i studiene opp at pasientene med demens ofte hadde angst i tillegg til smerter og derfor var det viktig å behandle begge deler.

I noticed I had to relieve both pain and anxiety and he was so tense before and after injections of morphine and midazolam he got so relaxed; they go hand in hand, pain and anxiety... it is not unusual that we combine medications for pain and anxiety. (Lundin & Godesken, 2021, s. 4)

Sykepleierne fortalte også at det var vanskelig å skille mellom bivirkninger av smertestillende medisiner og bivirkninger av demenssykdom. Det ble derfor vanskelig å lindre pasientenes smerter og det kunne være en risiko for at pasientene ble underbehandlet eller feilmedisinert.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kildekritikk

Studiene vi har valgt ble gjennomført i USA, Spania, Sverige og Norge. Ifølge “Healthcare Access and Quality Index” - “Index over tilgang og kvalitet på helsevesen”, publisert i det medisinske tidsskriftet *The Lancet* (Elster, 2017) kommer det frem i en undersøkelse at USA, Spania, Sverige og Norge ligger på topp 35 av 195 land. Dette kan tyde på at helsevesenet i disse landene er sammenlignbare i den forstand at forskningsresultater innenfor temaet “kartlegging av smerter hos demente” i all hovedsak vil være gyldig på tvers av landene. Samtidig er demens en sykdom som forekommer over hele verden som ikke er begrenset til et geografisk område. Vi mener derfor at det er gjort et godt utvalg av studier basert på deres geografiske område.

To av studiene vi har valgt tar utgangspunkt i sykehjem. En studie er gjennomført på geriatrisk avdeling i sykehus og en har både geriatrisk avdeling i sykehus og en skjermet enhet ved et sykehjem som forskningsarena. Det mener vi er relevant i henhold til vår hensikt fordi av alle pasienter med langtidsplass i sykehjem i Norge har i overkant 80 prosent av pasientene demenssykdom (Strand, 2021).

For å utføre en studie som omhandler demens anser vi det grunnleggende at forskeren har kunnskap innenfor fagfeltet. For å finne artiklenes gyldighet måtte vi derfor undersøke forfatternes bakgrunn. Flere av forfatterne hadde filosofisk doktorgrad i sykepleie eller medisinsk etikk. Noen hadde master i sykepleieforskning og noen av forfatterne var professorer i helsevitenskap. Etter å ha undersøkt dette mener vi at forskerne hadde relevant kompetanse for faget som gjorde studiene gyldige.

Deltakerne i studiene vi har valgt er sykepleiere, noe vi anser som relevant for vår hensikt. Studiene hadde ulike kriterier for hvilke sykepleiere som fikk delta i studien. I studien til Monroe et al. (2015, s. 317) var kriteriene at deltakerne var registrerte eller autoriserte sykepleiere. Sykepleierne ble ekskludert om de ikke hadde ansvar som innebar vurdering og behandling av smerte. I studien til Lundin & Godesken (2021, s. 2) var kriteriene for

deltagelse at sykepleierne hadde minst ett års erfaring som registrerte sykepleiere i sykehjem samt at de hadde erfaring med omsorg ved livets slutt til pasienter med avansert demens og smerter. Deltakerne i studien til Minaya et al. (2020, s. 496) jobbet på akuttgeriatrisk avdeling. Lillekroken & Slettebø (2013, s. 29) inkluderte sykepleiere som var ansatt ved geriatrisk avdeling og en skjermet enhet på et sykehjem for personer med demens.

5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode

Studiene vi valgte benyttet seg av kvalitativ metode for å finne svar på sin problemstilling. En kvalitativ tilnærming har som hensikt å finne ut av opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes, og vil gi en dypere forståelse av menneskelige fenomener (Dalland, 2017, s. 52-53). Ved bruk av denne metoden fikk vi samlet inn informasjon om sykepleieres opplevelser med smertekartlegging og behandling av smerte hos demente pasienter. Vi mener at vår hensikt blir godt belyst og tilfredsstilt gjennom kvalitativ metode. På bakgrunn av at vår hensikt er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med identifisering, kartlegging og lindring av smerter hos pasienter med demens, var det et bevisst valg å lete etter kvalitative studier.

5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode

Gjennom integrativ litteraturoversikt mener vi at vi har klart å finne svar på vår problemformulering tilstrekkelig gjennom de fire artiklene vi har valgt. Med tanke på tidsbegrensning og utfordringer med å finne relevante artikler ville det vært vanskelig å analysere flere artikler. Samtidig kan utvalget på fire artikler sette begrensninger med tanke på at mengden forskning og funn er redusert. Etter å ha gått gjennom artiklene grundig, sett på svake og sterke sider ved de utvalgte studiene mener vi at studiene er relevante for å svare på vår hensikt.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne kunnskaper om sykepleieres erfaring med kartlegging, identifisering og lindring av smerte hos pasienter med demenssykdom. Gjennom de fire forskningsartiklene har vi kommet fram til resultater som vi i det følgende skal diskutere og drøfte i lys av teori og egne refleksjoner.

5.2.1 Kommunikasjon og mangel på kompetanse og ressurser

Sykepleierne i to av studiene (Lundin & Godesken, 2021, s. 3-4; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30) fortalte at årsaken til kommunikasjonsutfordringene kunne være den kognitive svikten hos pasientene. Den svekkede kognitive funksjonen førte til at pasientene ikke klarte å gi tydelige svar på om de opplevde smerte. Som tidligere beskrevet i teorikapittelet er kommunikasjon med en person med demens ofte en utfordring, både for personen selv og for den som samtaler med personen. Det er viktig at sykepleieren tilstreber et rolig miljø og skjærmer for lyder og inntrykk som kan forstyrre pasienten, samtidig som informasjon som blir gitt eller spørsmål som blir stilt er konkrete, tydelige og formulert med et forenklet språk (Nasjonalt kompetansetjeneste for Aldring og helse, 2019). Nasjonalforeningen for folkehelsen (2021) kommer med noen konkrete tips til hvordan man best mulig kan kommunisere med demente personer. De nevner at man bør si én ting om gangen, bruke korte, enkle, klare og konsise ord og setninger, at sykepleieren tar seg god tid og ikke snakker for fort og eliminerer distraherende faktorer. Videre foreslår de at sykepleieren kan be pasienten om å beskrive hva han mener, foreslå ord for pasienten, at sykepleieren lytter med velvilje og er bevisst sitt eget kroppsspråk. Studien nevnt ovenfor tar ikke for seg hva sykepleierne gjør for å skape god kommunikasjon med pasientgruppen, men viser til at kommunikasjon er en utfordring. Dette kan tyde på manglende kompetanse om kommunikasjonsstrategier og vi anser dette som negativt, da begge studiene tar for seg arenaer hvor store deler av pasientgruppene har demenssykdom.

En av sykepleierne i studien til Minaya-Freire et.al (2020, s. 498) fortalte at hun brukte nonverbal kommunikasjon ved å rette oppmerksomheten mot en kroppsdel når hun spurte om pasientene opplevde smerte. Hun følte dette bidro til større forståelse fra pasientenes side og at pasientene lettere kunne fortelle hvor de hadde vondt. Sykepleierne i samme studie fortalte også at de forsøkte å kommunisere på en rolig måte for å berolige pasientene. Svartdal (2020) forklarer at nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon uten ord. Han sier videre at nonverbal kommunikasjon "... kan angå måten volum, rytme, intonasjon, avbrytelser i tale, kroppsspråk, mimikk, blikk-kontakt, berøring, avstand med mer" (Svartdal, 2020). For at sykepleiere kan imøtekomme pasientenes behov på en slik måte som sykepleieren i studien til Minaya-Freire et.al (2020, s. 498) gjør, kan det være viktig at man har nok tid til å være tilgjengelig for pasienten. Dette kan være en utfordring i de fleste institusjoner. Ressurser som tid og muligheten for tilgjengelighet burde prioriteres for å kunne gi god omsorg. Av erfaring

vet vi at demente pasienter ofte trenger mer tid og forståelse i situasjoner hvor andre pasienter, uten demenssykdom, raskere klarer å orientere seg i situasjonen.

De deltagende sykepleierne i to av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 5-6) fortalte at personalets mangel på kompetanse opplevdes som en utfordring som kunne føre til uheldige situasjoner. Et eksempel som, en av sykepleierne kom med, var at den ansatte snakket unødvendig høyt til den demente pasienten og viste et kroppsspråk som tydelig var preget av stress. Dette påvirket pasienten negativt, noe som førte til engstelse og uro. Pasient- og brukerrettighetsloven handler om å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet innenfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Vi mener at kompetanse ligger i ordene “god kvalitet”, og ifølge denne loven har pasientene rettighet til å motta omsorg og pleie fra personell med tilstrekkelig god kompetanse. Beskrivelsene som sykepleierne gir i studiene anser vi som svært uheldige og i strid med Norges lover og gjeldende forskrifter. Tilrettelegging for kompetanseutvikling med fokus på kunnskaper som omsorgsgivende sykepleier burde ha i møte med den demente pasienten er noe vi anser som viktig.

Tidspress var også en årsak det ble pekt på som førte til at sykepleiernes omsorg for de demente pasientene ble komplisert. Sykepleierne i studien til Lundin & Godesken (2021, s. 5) forklarte at arbeidsplassene ikke hadde anledning til å øke bemanningen på grunn av økonomiske begrensninger. De fortalte videre at mangelen på tid, bemanning og overbelastning av arbeidsoppgaver kunne føre til at pasientene, som var ved livets slutfase, døde alene og med smerte. Sykepleierne i studien til Minaya-Freire et. al (2020, s. 498) fortalte også at tidspress og overbelastning av arbeidsoppgaver påvirket måten de evaluerte og behandlet smerter på. Dette førte til mangel på observasjon rundt smerteintensitet og smertekartlegging hos pasientene. Det tyder på at utfordringer med identifisering, kartlegging og behandling av smerter hos pasienter med demens også grunner i andre årsaker enn selve demenssykdommen. Institusjonens ressurser er også faktorer som vanskeliggjør dette.

5.2.2 Kjennskap til pasientene og pårørende som positiv faktor

I to av studiene (Monroe et.al, 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4) forklarte sykepleierne at ansattes mangel på kjennskap til pasientene kunne være utfordrende. Når personalet hadde lite eller ingen kjennskap til pasientene kunne det føre til at utfordringen

med smertekartlegging ble betraktelig større. “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 & Godesken, 2021, s. 4). I demensomsorgen er det spesielt viktig at personalet har kjennskap til pasientene. Personer med demens har kraftig redusert evne til å uttrykke sine behov verbalt og vanskeligheter med å beskrive smertene de opplever på bakgrunn av gradvis økende svinn av nerveceller og tap av funksjoner i hjernen. (NHI, 2021; Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411- 412). Kari Martinsen har også skrevet om viktigheten av å ha kjennskap til pasientene. Ved å bruke erfaringer kan man forstå hvorfor en person forholder seg til sin situasjon på den måten han gjør. (Kristoffersen, 2018, s. 56-57). Dersom sykepleierne har gode relasjoner til pasientene og har hatt omsorg for dem over tid vil de kunne få en bedre forståelse av deres oppførsel, som kan hjelpe med identifisering av smerte. Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) har definert smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade” (Torvik & Bjøro, 2018, s. 390). Studienes og teoriens beskrivelser kan tyde på viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om pasientenes livshistorie og tidligere sykdomshistorie, fordi det kan bidra til å forenkle identifisering av smerte. Kjennskap til pasientenes sykdomshistorie kan føre til en dypere forståelse av deres oppførsel og smerteuttrykk. Dersom pasienten tidligere har gjennomgått hoftebrudd og sykepleierne er informert om at pasienten er plaget av ettervirkninger, kan det bli lettere å tolke om pasientens smerte kan relateres til hoftebruddet.

I studien til Lundin & Godesken (2021, s. 5-6) fortalte sykepleierne at det var et problem når ansatte var leid inn eller kun arbeidet på sykehjemmet i en kort periode. De hadde ikke kjennskap til pasientene og eventuelle observasjoner angående smerte kunne bli oversett. Ifølge forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §7 b) kommer det fram at virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester skal sørge for at ansatte har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter om fagfeltet. I forhold til demensomsorgen kan loven tolkes slik at institusjonene som ansetter personell for korte perioder eller leier inn ansatte må sørge for at arbeidstakeren har eller får tilstrekkelig kunnskap om demens og smerte. Slik kan de utføre arbeidsoppgavene sine på en måte som er faglig forsvarlig. For innleide ansatte eller ansatte som kun skal jobbe i institusjoner over en kort periode kan det være gunstig å sette seg inn i pasientenes sykdomshistorie.

I tre av studiene (Lundin & Godesken, 2021, s. 5; Monroe et.al., 2015, s. 318); Minaya et al., 2020, s. 498) kom det fram at de fleste av sykepleierne så på pårørende som en positiv faktor når det kom til smertekartlegging. Dette skyldes deres kjennskap til pasienten. Sykepleierne i studien forklarte at de kunne henvende seg til pårørende når de mente at pasientene var smertepåvirket, men var usikre på egne observasjoner. Pårørende kunne gi sykepleierne råd og var hjelpelige med å analysere og identifisere pasientens oppførsel og eventuelle smerte. Når det kommer til kjennskap til pasientene kan pårørende være en god kilde til informasjon for ansatte som har lite kjennskap til pasientene. Det samme gjelder dersom en sykepleier er usikker på om pasienten opplever smerte. Pårørende kan være en betydningsfull ressurs ved smertekartlegging ettersom de kjenner pasienten best og kan oppfatte eller tolke smertesignaler som de ansatte ikke ser. De har innsikt i pasientens sykdomsforløp, tidligere sykehistorie og de kjente pasienten før han ble dement.

5.2.3 Etiske utfordringer og administrering av smertestillende

I studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31) blir pårørendes meninger angående administrering av smertestillende tatt opp som et gjentakende problem og en etisk utfordring. Flere av sykepleierne forklarte at pårørende ofte hadde innvendinger mot bruken av narkotiske midler, men at de likevel ønsket at pasientene skulle være smertelindret. Som nevnt tidligere så sykepleierne på pårørende som en positiv faktor og viktig ressurs når det kom til smertekartlegging. Likevel synes de det var vanskelig å forholde seg til pårørendes ønsker, særlig når det stod i strid med pasientenes behov. Noen av sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) fortalte at samarbeidet med pårørende ble satt på prøve, og de følte at pasientenes autonomi ble tilsidesatt for å ivareta pårørendes ønsker. I pasientenes slutfase av livet var morfin et alternativ sykepleierne i studien til Monroe et al. (2015, s. 318) fortalte at de brukte. Pårørende kunne være svært skeptiske til dette og sykepleierne syntes det var en stor utfordring da konsekvensen av å ikke gi morfin kunne være at pasienten hadde store smerter. Aadland & Eide presenterer en etisk utfordring som "... en valgsituasjon der handlingsvalget, eller unnlattelsen av handling, vil få konsekvenser for noens liv og livskvalitet" (Aadland & Eide, 2019, s. 7). Sykepleierne sto overfor etiske utfordringer som ville få konsekvenser uansett hvilken avgjørelse de tok. Dersom de valgte å gi pasientene den behandlingen de mente var best, til tross for pårørendes ønske, kunne samarbeidet med pårørende bli komplisert. Dersom sykepleierne valgte å oppfylle pårørendes

ønsker, kunne det resultere i at pasientene ikke fikk tilstrekkelig smertebehandling. Selv tenker vi at det i slike situasjoner, når man ikke kan møte begge parter behov og ønsker, er det pasienten som kommer i første rekke. Det kan være aktuelt med tett oppfølging for pårørende og forklare dem viktigheten av pasientenes smertebehandling. Samtidig burde man respektere pårørende og deres meninger da de, i de fleste tilfeller, har best kjennskap til pasientene og kan være en god ressurs.

En annen etisk utfordring som ble tatt opp i studiene var når pasientene motsatte seg smertebehandling selv om sykepleierne hadde mistanke om at de var sterkt smertepåvirket. Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) sa at tvangsbehandling var siste utvei i møte med en slik utfordring. De sa også at det var vanskelig å overtale pasientene til å ta imot smertebehandling fordi det var tidkrevende og komplisert. Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-2) kan helsehjelp bare gis til pasienter som samtykker. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten motta nødvendig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Likevel kan samtykkekompetansen falle helt eller delvis bort dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva som inngår i samtykket (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Når pasienter motsetter seg behandling kan det være svært fordelaktig at sykepleierne har kompetanse om demenssykdommen. De må være klar over at pasientene kan gi uttrykk for å ikke ønske smertestillende, for eksempel fordi de ikke forstår. Sykepleierne må også være godt og riktig informert om pasientene er samtykkekompetente før de utfører behandling med tvang.

Sykepleierne i studien til Lundin & Godesken (2021, s. 4) fortalte at noen av sykepleierne ga for liten dose morfin, noe som resulterte i dårlig smertelindring. Årsaken til at enkelte sykepleiere ga en lavere dose morfin var redselen for respiratorisk depresjon som kan være en konsekvens av å gi for høy dose morfin. Det kunne også være vanskelig å skille mellom symptomer på om pasienten var smertepreget eller angstpreget. Derfor tok flere av sykepleierne i bruk en kombinasjon av morfin for å lindre smertene og midazolam for å dempe angsten. Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 30) fortalte at det var vanskelig å skille mellom bivirkninger av smertestillende og generelle symptomer på demens, og det ble utfordrende å gi tilstrekkelig smertebehandling. Pasientene kunne risikere å bli underbehandlet eller feilmedisinert. Torvik & Bjørø (2018, s. 399) skriver at målet for

smertebehandling hos eldre er å lindre smertene og å bedre funksjonsstatus og livskvalitet. Smertebehandling og administrering av smertestillende til personer med demens kan være utfordrende relatert til flere faktorer. Som beskrevet over er både pårørende, pasienten selv og sykepleierne viktige faktorer i forhold til om behandlingen blir tilstrekkelig. Pårørende kan ha meninger om hva, hvor mye eller hvor lite smertestillende som skal gis. Pasienten selv kan motsette seg behandling og sykepleieren kan ha problemer med å administrere nok eller riktig mengde smertestillende basert på egne erfaringer. Vi mener det burde være en standard at alle institusjoner har retningslinjer eller protokoller for smertebehandling av pasienter med demens. Man har da dokumentasjon å vise pårørende, sykepleierne har et utgangspunkt og vet hva de kan gjøre når pasientene ikke ønsker behandling.

5.2.4 Erfaring med smertekartlegging

I tre av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4) fortalte sykepleierne at det var en utfordring å kartlegge smerte hos pasientene som var sterkt påvirket av sin demenssykdom, fordi de ikke klarte å gjøre rede for smerten sin verbalt. Sykepleierne måtte da se etter andre smertetegn. Ettersom pasienter med demens har kraftig redusert evne til å uttrykke egne behov, er det en stor utfordring å kartlegge og behandle smerter hos denne pasientgruppen. Smerter hos personer med alvorlig demens er både undervurdert og underbehandlet (Skovdahl & Berentsen 2018, s. 423). Basert på egne erfaringer vet vi at det kan være svært vanskelig å kartlegge smerte hos pasienter med demenssykdom. Selv har vi opplevd at denne utfordringen kan føre til en ubehagelig følelse, som kommer av at man ønsker å hjelpe pasienten hvis de har vondt, samtidig er det ikke ønskelig å gi pasienter medisiner hvis det ikke er nødvendig.

Sykepleierne i tre av studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30-31) forklarte at de brukte eller hadde kunnskaper om ulike smertekartleggingsverktøy. Kartleggingsinstrumentene sykepleierne presenterte var blant annet Visuell Analog Skala (VAS) og Abbey Pain Scale (APS). Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 30-31) fortalte at VAS som smertekartleggingsverktøy ikke var optimalt å benytte i forbindelse med pasienter med demens. Dette fordi VAS var avhengig av pasientens grad av kognitiv svikt og forutsatte at pasienten var kapabel til å forstå informasjon for å gradere smerte. Videre fortalte sykepleierne i studien til Lundin & Godesken (2021, s. 4) at de fleste av sykepleierne brukte APS for å kartlegge smerter hos

pasientgruppen. Likevel var det noen av sykepleierne som ikke benyttet seg av denne. VAS er et smertekartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i intensiteten av for eksempel smerte hos en pasient. Skalaen vises som en 10 centimeter lang linje hvor pasienten setter kryss som tilsvarer nivå av smerte. 0 betyr ingen smerte og 10 maksimal smerte (Malt, 2022). APS er også et smertekartleggingsverktøy hvor et avkrysnings skjema benyttes for å måle smerte hos personer med demens som har utfordringer med å uttrykke seg verbalt (Abbey, Piller, DeBellis, Esteman, Parker, Giles & Lowcay, 2004).

Skovdahl & Berentsen (2018, s. 424) viser til MOBID-2 som er en smerteskala utarbeidet i en studie av Bettina S. Husebø i 2009. MOBID-2 smerteskala har som hensikt å observere smerteatferd blant personer med demenssykdom. Skalaen legger vekt på observasjoner av smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett i aktivitet og hud, hodet og indre organer (Husebø, 2009, s. 1996). Smerteskalaen kunne ifølge Husebø (2009, s. 1996) være et godt verktøy for å sørge for god smertebehandling av pasienter med demens, og burde ifølge Husebø være tilgjengelig i alle norske sykehjem. Samtidig var smerte som ikke kunne relateres til muskel- og skjelettsystemet vanskeligere å vurdere med dette verktøyet (Husebø, 2008, s. 1996). Studiene viser til at sykepleierne tar i bruk eller har kunnskaper om ulike verktøy som kan bidra til å forenkle smertekartlegging av pasienter med demens. Likevel mener vi, i forhold til det sykepleierne forteller i studiene, at verktøyene er bedre utviklet for personer som ikke har en kognitiv svikt. Dette kan tilsynelatende tyde på mangler når det kommer til velfungerende smertekartleggingsverktøy man kan benytte seg av i demensomsorgen. VAS er et verktøy vi anser som gunstig dersom pasienten fortsatt har egenskapene som kreves, men om pasienten er sterkt påvirket av sin kognitive svikt vil sannsynligvis ikke dette være et godt smertekartleggingsverktøy.

Det kommer frem i studiene (Monroe et al., 2015, s. 318; Lundin & Godesken, 2021, s. 4; Minaya-Freire et al., 2020, s. 498; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30-31) at sykepleierne som ikke brukte smertekartleggingsverktøy anvendte metoder hvor observering av pasientenes oppførsel, nonverbal og verbal uttrykkelse og pårørende sto i sentrum av vurderingen. Erfaring var viktig og førte til bedre smertekartlegging av pasientene med demens. Den personsentrerte demensomsorgen legger vekt på noen grunnleggende sosialpsykologiske behov. Som tidligere beskrevet i teorikapitlet har Kitwood (1997) utarbeidet en teori som tar utgangspunkt i disse behovene. Ifølge Skovdahl & Berentsen (2018, s. 422) er disse behovene identitet, sosial inkludering, tilknytning, bekreftelse, trøst og kjærlighet. Brooker (2007) har videreutviklet Kitwoods teorier og presenterer personsentrert

demensomsorg i en modell kalt VIPS. Modellen bygger på verdigrunnet som bekrefter menneskets verdi, en individuell tilnærming, personens perspektiv av verden og tilretteleggelse av et sosialt miljø (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 426). Når det kommer til bruk av verktøy ved smertekartlegging av en pasient med demens mener vi at det er en risiko for å glemme å se hele pasienten. Når man sitter sammen med pasienten for å vurdere og observere eventuelle smerter, og bruker et kartleggingsverktøy, kan det føre til at pasienten ikke føler at han blir sett av sykepleieren. Vi mener at VIPS modellen er godt utarbeidet som et grunnlag for omsorgen sykepleierne skal gi til pasientene med demens. Det kan være gunstig å bruke VIPS-modellen som et utgangspunkt, sammen med eventuelle smerteskalaer eller verktøy når man skal kartlegge smerte hos pasientene. På den måten vil man kunne ivareta hele pasienten samtidig som man får observert om han har smerter.

5.3 Oppsummering og anvendelse i praksis

Mangel på kompetanse og erfaring, kommunikasjonsutfordringer, pårørendes påvirkning og mangel på ressurser utgjør grunnlaget for sykepleieres utfordringer med identifisering, kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens. Sykepleiere må holde seg faglig oppdatert for å ha kompetansen som kreves for å ivareta pasienter med demens. Ledelsen må også tilstrebe at sykepleierne har nok ressurser for å yte tilstrekkelig omsorg til pasientene, samtidig som de har ansvar for å holde sine ansatte faglig oppdatert. Funnene vi har kommet frem til gir oss et inntrykk av et forbedringspotensial på disse områdene. Vi vil presentere konkrete forslag vi mener kan bidra positivt i møte med disse utfordringene.

- Vi foreslår at avdelingene arrangerer fagutviklingsdager og kurs som burde inneholde temaer om identifisering, kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens. Slik at ansatte er faglig oppdatert på demenssykdom. Dette kan bidra til større kompetanse hos helsepersonellet i avdelingene.
- Vi foreslår at avdelingen ansetter eller leier inn ansatte med riktig og god kompetanse innenfor fagfeltet. Dette kan føre til en økt mulighet for tilgjengelighet hos pasientene.
- Vi foreslår at avdelingene utarbeider retningslinjer for administrering av smertestillende til pasienter med demens, slik at sykepleierne har et utgangspunkt å forholde seg til.

- Vi foreslår kurs for pårørende til pasienter med demens slik at de kan få kunnskaper om demensutviklingen og ulike smertebehandlinger som er gunstige for pasientene.

Litteratur

- Aadland, E. & Eide, T. (2019). Den lille etikkveilederen. Hentet fra: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/etisk-kompetanseheving--marting-filmene/Den-lille-etikkveilederen.pdf>
- Abbey, J. A., Piller, N., DeBellis, A., Esteman, A., Parker, D., Giles, L., Lowcay, B. (2004). The Abbey Pain Scale. A 1-minute numerical indicator for people with late-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6–13. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
- Allot, N. (2019, 30. mai). kommunikasjon. Hentet fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Burns, M. & McIlfatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International journal of palliative nursing*, 21(10), 479-487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elster, K. (2017, 19. mai). Norge på femteplass på helseranking. Hentet fra <https://www.nrk.no/urix/norge-pa-femteplass-pa-helseranking-1.13522953>
- Folkehelseinstituttet (2021, 23. februar). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250/%C2%A77#%C2%A77>
- Helsedirektoratet. (2020, 8. desember) Slik snakker du om demens. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/slik-snakker-du-om-demens/>

- Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(19), s. 1996-1998. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2018). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (2017). *Grunnleggende sykepleie – Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Lundin, E. & Godskesken, 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>
- Malt, U. (2022, 27. januar). VAS. Hentet fra <https://sml.snl.no/VAS>
- Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Faujula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain management Nursing*, 21(6), 495-501. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- Monroe, T.B., Parish, A. & Mion, L.C. (2015) Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2022, 21. April). Kommunikasjon og samvær. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/parende-og-demens/kommunisere/>

- Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse. (2019, 1. November). Kommunikasjon og samvær. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2020/09/kommunikasjon-og-samvaer-norsk.pdf>
- NHI. (2021, 30. juni). Demens - en kort oversikt. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>
- NHI (2021, 24. februar). Smerte. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/behandlinger/smerte-hva-er-det/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Strand, B. H. (2021, 23. februar) Folkehelse rapporten: demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/%20?term=demens%20&h=1#demens-i-sykehjem-og-hos-de-som-bor-hjemme>
- Svartdal, F. (2020, 27. Mai) Nonverbal kommunikasjon. Hentet fra https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon
- Thidemann, I-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
16.03	CINAHL	Nursing AND (pain and management) AND dementia	År: 2012-2022 Peer reviewed Geografisk området: Europa	279	9	4	2
19.03	CINAHL	Dementia AND pain AND nurs*	År: 2012-2022 Peer reviewed Geografisk området: USA	936	13	5	1
21.03	CINAHL	Pain AND management AND dementia	År: 2012-2022 Peer reviewed Geografisk området: Europa	575	7	4	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Monroe, T.B., Parish, A. & Mion, L.C, 2015 Archives of Psychiatric Nursing USA	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres praksis og rutiner angående identifisering og lindring av smerte hos demente pasienter i sykehjem.	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. En utforskende studie gjennom fokusgruppe r på to sykehjem med langtidsplas ser, et med 250 plasser og et med 160 plasser.	I denne studien deltok til sammen 29 sykepleiere som delte sine erfaringer med smertekartl egging og smertelindr ing hos pasienter med demens.	Når det kom til smertevurdering av personer med demens var sykepleierne opptatt av pasientens komfort og livskvalitet. Prosessen angående smertekartlegging involverte hyppige vurderinger. Sykepleierne forklarte at de syntes det var en utfordring å vite om en person med demens hadde smerter og hvor sterke smertene eventuelt var. Videre kom det frem i studien at pasientene, ansatte ikke hadde godt kjennskap til, var i større risiko for å motta feil smertebehandling. Sykepleierne la vekt på viktigheten av å løse konflikter med pasientenes pårørende. De nevnte også viktigheten av åpenhet for at pårørende skulle kunne uttrykke egne følelser angående smertebehandling, spesielt i livets sluttfase. Funnene i studien støtter bruken av smertekartleggingsverk tøy og videre utvikling av disse for å kunne hjelpe med smertekartlegging.
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Lundin, E. & Godskesken, T.E.	End-of-life care for people with	Hensikten med studien var å beskrive	Sykepleier	Studien hadde et beskrivende	Til sammen deltok 13 sykepleiere.	Sykepleierne forklarte at kommunikasjon med personer med avansert

2021 BMC nursing Sverige	advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	sykepleieres erfaring med omsorg for pasienter med avansert demens og smerte i livets sluttfase.		utforskende design. Det ble gjennomført individuelle kvalitative, semistruktur erte intervjuer med 13 sykepleiere fra 12 sykehjem som spesialiserte seg på pasienter med demens. Resultatene ble analysert ved bruk av en tematisk innholdsana lyse.		demens var svært utfordrende noe som resulterte i usikker smertevurdering. Videre forklarte de at det syntes det var vanskelig å skille mellom generelle symptomer på demens som angst og uro og pasientens smerteuttrykkelse. Et annet problem sykepleierne møtte på var å administrere riktig dose morfin. Sykepleieren nevnte viktighet av å ha gode relasjoner til pasientenes pårørende. Pårørende kunne påvirke vurderingen og behandlingen av smerte hos pasientene når det kom til tolking av pasientenes smerteatferd samt at de hadde en mer kritisk holdning til behandlingen og omsorgen pasientene fikk. I studien kommer det frem at for å oppnå god smertebehandling måtte sykepleierne legge til rette for god kommunikasjon og relasjon mellom pårørende og helsepersonellet. Erfaring og personellets kjennskap til pasienten ble også trukket frem som en viktig faktor når det kom til kartlegging og behandling av smerter hos pasienter med demens.
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Lillekroken, D. & Slettebø, Å. 2013	Smertekartl egging og smertelindr ing hos	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres	Sykepleier	Det ble gjennomført kvalitative forskningsin	I denne studien var det 18	Funnene i studien er delt inn i tre hovedkategorier. Den første kategorien er:

Vård i Norden Norge	pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.		tervjuer for å samle inn data til studien. Det ble gjennomført tre forskjellige gruppeintervjuer. Det ble laget en semistrukturert intervjuguide. Dataen som ble samlet inn ble analysert gjennom en innholdsanalyse i fire trinn.	sykepleiere som deltok.	<p>pasientens alder, komorbiditet og polyfarmasi. Den andre kategorier er: rutiner for smertevurdering og smertelindring. Den tredje kategorien er: etiske dilemmaer angående smertelindring av pasienter med demens.</p> <p>I artikkelen kommer det fram at smertevurdering og smertelindring er svært utfordrende hos pasienter med demens. Rutiner for smertekartlegging og individuell smertelindring er gode utgangspunkter for å oppnå effektiv smertelindring. Regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy som er tilrettelagt pasientgruppen vil bidra til effektiv smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens.</p>
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Faujula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. 2020 Pain management Nursing. Spania	Facilitators , Barriers and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia	Hensikten med studien var å reflektere rundt sykepleiepraksis og identifisere faktorer og barrierer innen smertebehandling hos eldre voksne med demens og komme med forslag til forbedringstiltak	Sykepleier	Data til studien ble samlet inn ved bruk av et skriftlig spørreskjema og tre fokusgrupper. Ti sykepleiere fra geriatrisk akuttpost på et universitetssykehus i Spania deltok.	Ti sykepleiere deltok i studien.	<p>Sykepleierne i studien trakk fram profesjonell erfaring som en av de viktigste faktorene når det kom til kartlegging og behandling av smerter hos pasienter med demens.</p> <p>En av de største utfordringene de møtte på var mangel på kunnskap og ferdigheter samt mangel på tid. Sykepleierne kom med forslag til hvordan de kunne oppnå bedre smertelindring og behandling hos pasienter med demens. De mente at dette</p>

						<p>kunne forbedres gjennom opplæring og kurs. Kursene skulle innebære: smertevurdering og smertebehandling, demens og smerte og farmakologi.</p> <p>Videre forklarte de at å opprette et register hvor sykepleierne kunne registrere pasientens smerter kunne være til god hjelp når de skulle kartlegge og behandle smerter hos pasienter med demens.</p>
--	--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------