

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos personer med demens i institusjon



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

(Lyefjell 03.01.2023)

Kandidatnummer: 1584



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

Sammendrag

Personer med demens er en pasientgruppe som kjennetegnes ved å ha kognitive problemer. Det kan gjøre det vanskelig å sette ord på smerter, og av den grunn føre til at pasienten opplever smerter uten å kunne gi uttrykk for det verbalt, som igjen kan føre til utilstrekkelig smertelindring, fordi helsepersonell har for lite kunnskap om hvordan smerter kommer til uttrykk. Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos personer med demens i institusjon? Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos personer med demens i institusjon. Man ønsker å kartlegge smerter for å kunne sette i gang tiltak og behandle smerter. Da smerter har en negativ innvirkning på fysisk og psykisk helse og kan redusere livskvalitet. For denne oppgaven har jeg benyttet meg av seks kvalitative vitenskapelige artikler. Jeg ønsker å få frem sykepleiers erfaringer og hvilke problemområder som oppstår ved smertekartlegging hos personer med demens. Hovedfunn fra studiene viser til 1) at sykepleiere opplever smertekartlegging lettere ved bruk av kartleggingsverktøy, 2) Barrierer for bruk av kartleggingsverktøy, 3) Uavklarte roller ved smertekartlegging, 4) Mangel på tiltak, 5) Behov for økt kompetanse. Jeg vil også si noe om min erfaring fra å jobbe på demensavdeling.

Innhold

Sammendrag	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Problemformulering</i>	6
1.3 <i>Hensikt med oppgaven</i>	6
2.0 TEORI	7
2.1 <i>Demens</i>	7
2.2 <i>Smerte hos personer med demens</i>	7
2.3 <i>Sykepleieprosessen</i>	9
2.4 <i>Sykepleieteori</i>	9
2.5 <i>Tidligere forskning</i>	10
3.0 METODE	11
3.1 <i>Hva er metode?</i>	11
3.2 <i>Litteratursøking</i>	11
3.3 <i>Analyse</i>	13
4.0 RESULTAT	15
4.1 <i>Sykepleier opplever at kartleggingsverktøy gjør det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon</i>	15
4.2 <i>Barrierer for bruk av kartleggingsverktøy</i>	15
4.3 <i>Uavklarte roller ved smertekartlegging</i>	16
4.3.1 <i>Sykepleiers arbeidsmengde</i>	16
4.3.2 <i>Samarbeid mellom sykepleier, helsefagarbeider og assistent</i>	16
4.3.3 <i>Samarbeidet mellom sykepleier og ansvarlig lege</i>	17
4.4 <i>Mangel på tiltak</i>	17
4.5 <i>Behov for mer kompetanse</i>	18
5.0 DISKUSJON	20
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	20
5.1.1 <i>Valg av metode</i> :	20
5.1.2 <i>Land og arena</i>	20
5.1.3 <i>Forskernes bakgrunn</i>	21
5.1.4 <i>Studiens deltakere</i>	21
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	22
5.2.1 <i>Sykepleier opplever at kartleggingsverktøy gjør det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon</i>	22

5.2.2	<i>Barrierer for smertekartlegging</i>	22
5.2.3	<i>Uavklarte roller ved smertekartlegging</i>	24
5.2.4	<i>Mangel på tiltak</i>	25
5.2.5	<i>Behov for mer kompetanse</i>	26
6.0	KONKLUSJON	29
7.0	REFERANSER	30
8.0	VEDLEGG	33

Antall ord: 7788

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demens er en fellesbetegnelse på ulike sykdommer som medfører kognitiv svikt. Symptomer kan av den grunn være ulike, men felles er at personer med demens har svekket kognitiv funksjon. Kognitiv svikt kan medføre språklige problemer, slik at pasienten ikke klarer å uttrykke seg, eller ikke klarer å bearbeide informasjon som blir gitt (Skovdahl, 2020, s. 419). I 2020 hadde Norge 101 118 innbyggere med demens som diagnose. Ut i fra statistikken vil trolig 192 789 personer ha en demensdiagnose i 2040 (<https://demenskartet.no/>).

Smerter blir definert som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). Det viser til at smerter er en sammensatt og subjektiv opplevelse. Det er kun pasienten selv som kan beskrive sin smerteopplevelse. Smerte ses som det hyppigste symptomet hos eldre, både på grunn av sykdom, behandling og alderdom. Eldre som har manglende kommunikasjonsevne kan oppleve smerter, selv om han ikke kan beskrive smertene (Torvik & Sandvik, 2020, 397-398). Fordi smerter er en subjektiv opplevelse kan det være utfordrende å identifisere smerter hos personer som ikke kan gi uttrykk for det selv. Personer med demens står i fare for å bli underbehandlet for sine smerter. Demenssykdom kan føre til at pasienten ikke forstår symptomer han opplever på smerter, og heller ikke klarer å gi uttrykk for dem. Verbal kommunikasjon kan være utfordrende og sykepleieren kan oppleve smertekartlegging som vanskelig.

Min interesse for tema til denne oppgaven kommer av at jeg har jobbet på demensavdeling siden januar 2019. De siste årene har jeg selv opplevd demens i nære relasjoner, og har sett hvordan smerte påvirker person med demens, ved blant annet at smerten gir forverring i demenssymptomene. Noe av det jeg synes er vanskelig og krevende i arbeidet på demensavdeling er å vurdere smerter hos personer med demens, særlig hos de uten verbalt språk.

Ettersom demens er en av de hyppigst forekomne sykdommene blant eldre, og med en kommende eldrebølge, forventes det flere personer med demens, og økt forekomst av smerter. Det er derfor stor sannsynlighet for at jeg møter pasienter med demens som har smerter. Jeg

ønsker å styrke mine kunnskaper om smertekartlegging, hva jeg kan se etter og hvilke tiltak som kan settes i gang. Jeg håper denne oppgaven vil hjelpe meg å finne ut av hvordan jeg som sykepleier kan støtte og hjelpe personer med demens på best mulig måte i forhold til smertene deres. Slik at de kan få en hverdag med minst mulig smerter og plager.

1.2 Problemformulering

Personer med demens er en pasientgruppe som kjennetegnes med å ha kognitive vansker. Det kan føre til at personer med demens ikke klarer å gi uttrykk for smerter relatert til nedsatt språkforståelse og kognitiv svekkelse. Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos personer med demens i institusjon?

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos personer med demens i institusjon, med fokus på personer med moderat og alvorlig grad av demens. Man ønsker å kartlegge smerter for å kunne sette i gang tiltak og behandle smerter. Smerter kan ha negativ innvirkning på livskvalitet og livsutfoldelse. I tillegg til å gi redusert fysisk og psykisk funksjon, som virker negativt på pasientens sykdomsutvikling og kan gi redusert velvære. Smerter kan forstyrre søvnen, og balansen mellom aktivitet og hvile, mangel på energi kan medføre økt hjelpebehov i daglige aktiviteter. Å behøve mer hjelp kan virke krenkende og true verdigheten og den personlige integriteten. Den sosiale integriteten trues også av smerter, fordi pasienten kan oppleve å ha lite krefter og overskudd til å delta i sosiale samspill og fellesskap (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400).

2.0 TEORI

2.1 Demens

Demens brukes om sykdommer som gir progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt, hos personer som tidligere har vært kognitivt velfungerende (Bertelsen, 2019, s. 334). 80% av sykehjemsbeboere har en demenssykdom. Fordi forekomsten av demens øker med økt alder, kan det av demografiske årsaker tyde på en fordobling av antall personer med demens innen 2040 (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>).

De vanligste symptomene som ses ved demens er redusert hukommelse og læreevne, svekket oppmerksomhet, problemer med å orientere seg, apraksi/ handlingssvikt og angosi/ redusert evne til å forstå sanseinntrykk. Demens deles inn i ulike alvorlighetsgrader. Mild grad medfører ofte problemer som gjør at personen selv og pårørende merker endringer i den kognitive funksjonen, som å glemme avtaler, hente post, komme på ord. Ved moderat grad, mister personen mer av kontrollen på livet, og ellers enkle oppgaver blir utfordrende som å kle på seg, lage mat, sette på klesvask, orientere seg i omgivelser, kommunikasjonsproblemer, både å forstå og produsere språk. Alvorlig grad av demens medfører at personen husker bruddstykker fra livet tidligere, å kjenne igjen familiemedlemmer viser seg å være problematisk, kan ikke orientere seg for tid og sted, problemer med å sortere stimuli og å skjønne sanseinntrykk. Personer med alvorlig grad av demens krever oftest døgntilsyn (Skovdahl, 2020, s. 422-423).

2.2 Smerte hos personer med demens.

Smerter er en sammensatt og subjektiv opplevelse. «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte» (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398) «Som menneske kan vi ikke eksistere uten smerte» (Nordtvedt, 2019, s. 169). Smerten kan også true liv og helse, og den kan være uutholdelig. Men om smertesansen er borte er også kroppens viktigste beskyttelsesmekanisme svekket (Nordtvedt, 2019, s. 169). Det finnes ulike typer smerter, jeg vil nå gi en kort forklaring på noen av de. Nociseptive smerter er de smertene som utløses ved å stimulere smertereseptore, nociseptore, gjennom vevsødeleggelse eller stimuli som kan føre til vevsskade. Dette er typiske akutte smerter som kan oppstå ved hjerteinfarkt grunnet mangel på oksygen. Somatiske smerter er en type smerte som oppstår raskt og deles inn i overflatiske og dype smerter. Overflatiske smerter stammer fra

huden, mens den dype smerter kommer fra skjelettmuskulatur, knokler, bindevev og ledd. Smerten er vanligvis lett å lokalisere og avgrense. Viscerale smerter kommer fra indre organer, denne smerten stammer fra nociseptore i hinnene rundt organene som perikard. Disse smertene kjennes oftest fra et større område enn der smerter stammer fra. Overførte smerter kommer av smerter som blir oppfattet et annet sted enn der den stammer fra, slik som hjerteinfarkt kan gi smerter i halsen, ut i venstre arm og/eller generelle magesmerter. Nevropatiske smerter kan oppstå ved skade i det perifere nervesystemet eller det sentrale nervesystemet. Dette kan forekomme av nerver som skades under et kirurgisk inngrep. Idiopatiske smerter er form for smerter som oppstår uten at det kan påvises vevsskade eller andre årsaker som kan forklare smertene (Danielsen et al., 2020, s. 386-388).

I takt med økende alder, øker sannsynligheten for smertefulle kroniske sykdommer. Derfor er smerte et av de mest forekomne symptomene hos eldre. Av befolkningen over 75 år, vil 62% av dem ha muskel- og skjelettsmerter. Dette som følge av slitasjegikt, brudd, kreft, nevrologiske sykdommer med mer. Smerter hos eldre viser å påvirke aktiviteter i dagliglivet, slik som å stelle seg selv, håndarbeid, mosjon. Personen kan oppleve tap av selvstendighet og bli mer inaktiv. Dette kan virke inn på kognitiv og emosjonell tilstand hos den enkelte, og er faktorer som er med på å påvirke livskvaliteten i negativ retning (Torvik & Sandvik, 2020, s. 397-399).

Tidligere forskning tyder på at av personer med moderat og alvorlig kognitiv svikt som bor på institusjon, vil opptil 60% ha moderat eller alvorlig grad av smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). Dette viser at det med smerter hos personer med demens er en utfordring og krever at sykepleier har kjennskap til dette for å kunne hjelpe hver enkel.

Smerte en er subjektiv opplevelse, og det er derfor utfordrende å skulle vurdere andres smerter, fordi vi har ulik oppfatning av hvor sterke smertene er. «Smerte blir ofte referert til som *det femte vitale* tegn. Det betyr at smerte må kartlegges og dokumenteres regelmessig på lik linje som andre livstegn: blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur.» (Torvik & Sanvik, 2020. s.402).

2.3 Sykepleieprosessen

Som sykepleier støtter man på ulike problemer som må løses. Sykepleieprosessen er en problemløsende metode, som hjelper sykepleieren til å arbeide systematisk.

Sykepleieprosessen tar utgangspunkt i fem faser; datasamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering. Første fase handler om å samle inn opplysninger eller kartlegge. Deretter trekker man fram faktorer som er truende eller problematiske i tilfellet. Målsettingen handler om å avklare hva man ønsker og hva som er mulig å oppnå.

Sykepleiehandlinger blir iverksatt for å forsøke å løse eller endre problemet ved situasjonen.

Til slutt gjøres en evaluering der en vurderer om handlingene har hatt ønsket effekt, eller om man skal starte forfra. Pasienten bør inkluderes så mye det lar seg gjøre (Skaug, 2019, s. 339-340). Alle faser i sykepleieprosessen skal dokumenteres. Sykepleiere er pliktet gjennom helsepersonelloven § 39 til å føre journal (Helsepersonelloven, 1999, §39). Dokumentasjonen i sykepleien som omhandler pasientrettet arbeid, blir beskrevet som «det skriftlige uttrykket for hva sykepleiere observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører og evaluerer i samhandling med pasienten.» (Skaug, 2019, s-343).

2.4 Sykepleieteori

Katie Eriksson deler lidelse inn i tre ulike former. Sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Pleielidelse er den lidelsen et menneske opplever som følge av pleien som blir gitt, eller uteblir. I denne oppgaven vil jeg ha fokus på pleielidelse, og hva sykepleier kan gjøre for å unngå å påføre pasienter lidelse (Eriksson, 1995, s. 66) Lidelsen blir av Eriksson beskrevet som en kamp- og sorgprosess som hele mennesket blir påvirket av. Lidelsen er en kamp mellom det gode og det vonde, og i det kampen er ved sitt mest intense, vil ikke mennesket være i stand til å formidle sin lidelse til andre. Så snart kampen er over, tar lidelsen slutt. Gjennom lidelsen vil mennesket forvandles, og kan ses på som en del av personlig utvikling. Eriksson uttrykket «at lidelsen i seg selv er meningsløs, men at det med utgangspunkt i lidelsen kan vokse fram ny mening hos den enkelte (Kristoffersen & Breivne, 2019, s. 190-191).

Jeg vil også trekke fram Florence Nightingale som er å regne som den første moderne sykepleier, og i stor grad har påvirket sykepleiefaget. Blant annet sørget Nightingale for at pasientene fikk ringeklokke til å tilkalle personal, i tillegg til at hun innførte bedre rutiner på

hygiene, klesvask og rengjøring (Mathisen, 2006, s. 90). Under hennes bidrag ved Krimkrigen i 1850-årene, sørget Nightingale for at soldatene skulle ha rene klær, tilgang på rent vann og toalett. Med klare retningslinjer, myndighet og en verdig oppførsel, ble Nightingale en viktig administrator som ble anerkjent. Nightingale skrev flere fagbøker, hvor *Notes on Nursing*, er hennes mest berømte bok. I denne boken deler hun råd om sykepleieoppgaver som hvordan man skal utlufte et sykeværelse, hvordan man gir bekken og hvordan sykesengen bør være, i tillegg til andre viktige sykepleietiltak. Nightingale vektla at sykepleiefaget er noe som må læres, og det viktigste er å lære hvordan sykepleieren skal utføre korrekte og systematiske observasjoner. «Den sykepleieren som ikke kan observere sin pasient korrekt og nøyaktig, og som ikke forstår betydningen av dette, er rett og slett uegnet som sykepleie.» (Mathiesen, 2006, s. 90-94).

2.5 Tidligere forskning

Det er kjent at mange sykehjemsbeboere med demens har smerter, likevel har det vært lite forskning på hva som kjennetegner smerter i denne pasientgruppen (<https://sykepleien.no/forskning/2022/05/smertekartlegging-blant-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens>). Gjennom søkeprosessen fikk jeg treff på flere vitenskapelige artikler som omhandler forekomst av smerter hos personer med demens og hvordan man kan kartlegge disse smertene. Likevel opplevde jeg gjennom søkeprosessen å få flere treff på kvantitative artikler, og færre kvalitative med utgangspunkt i erfaringer fra sykepleiere. Jeg tror denne oppgaven er med på å belyse hvordan situasjonen er, og har vært de siste ti årene, og hvilke områder som har behov for forbedring og som bør forskes videre på. Aktuelle treff i databasene Oria og Cinahl, ga få treff på forskning fra norske sykehjem. Jeg fant ingen aktuell forskning fra Norge til denne oppgaven. Dette er noe jeg skulle ønske å sett mer av.

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2020, s. 53). Det er ulike typer metoder, for litteraturbaserte oppgaver blir hovedsakelig kvalitativ, kvantitativ eller en blanding av kvalitativ og kvantitativ mest benyttet. «Med kvalitative studier som utgangspunkt kan vi bättere forstå vad lidande innebär, hur livet gestaltar sig i relation till hälsfaktorer och processer och hur patienters upplevelser, erfarenheter, förventningar och behov kan mötas.» (Friberg, 2017, s. 129). Kvantitative metoder gir svar som er målbare, måler bredde, presisjon og det gjennomsnittlige. Kvalitative metoder har fokus på det særegne, går i dybden, viser helhet og gir forståelse. På en måte kan kvalitative forskere kalles *tolkere*, og kvantitative forskere kan kalles *tellere* (Dalland, 2020, s.54 - 56).

Hvilken metode som benyttes er avhengig av problemstillingen, og det man ønsker å undersøke. Forskeren må vurdere hva han selv behersker, om det er økonomisk og tidsmessig realistisk, og gjøre etiske vurderinger. (Dalland, 2020, s.55).

Problemstillingen for denne oppgaven er hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos personer med demens i institusjon. Jeg ønsker at artiklene skal være vinklet fra sykepleieperspektiv og at sykepleiere deler sine erfaringer om hvordan man kan kartlegge smerter hos personer med demens. Dermed ser jeg på kvalitative vitenskapelige artikler som det alternativ som gir best svar på problemstillingen.

3.2 Litteratursøking

3.2.1 Valg av søkestrategi

Jeg har benyttet strukturert litteratursøk som søkestrategi. For å begrense søkeresultatet har jeg benyttet eksklusjonskriterier. Det gjelder avgrensning til artikler utgitt fra 2012 og fram til dags dato, og avgrensning til fagfelleverderte tidsskrifter. Jeg delte inn

3.2.2 Valg av database

For å finne aktuelle empiriske studier som samsvarer med problemstillingen min, søkte jeg i flere databaser. Gjennom universitetsbibliotekets nettside, er flere helsefaglige databaser

tilgjengelige. Jeg benyttet Oria for å søke etter norske artikler, Cinahl og MedLine for internasjonale artikler. Alle databasene inneholder sykepleiefaglig forskning. Likevel samsvarte ikke norske artikler med problemstillingen, og i databasen MedLine fant jeg samme artikler som i Cinahl og andre som ikke svarte til problemstillingen. Jeg har derfor benyttet Cinahl som database for samtlige artikler. Cinahl hadde flere artikler som samsvarte med problemstillingen og hensikten med oppgaven.

3.2.3 Valg av søkeord

For å avgrense søket og finne relevante forskningsartikler, valgte jeg relevante søkeord. Cinahl som er en internasjonal database, har flere resultater på engelsk, og jeg benyttet derfor engelske søkeord. Ved å søke på demens, smerte og sykehjem, var treffet stort og jeg måtte finne andre søkeord for å begrense treffet. Jeg benyttet meg av søkeordene: dementia, alzheimer disease, pain, pain assessment, pain tool, pain scale, Mobid-2, nursing home og interview i ulike kombinasjoner med AND mellom. I tillegg til eksklusjonskriteriene som nevnt over. Søkekombinasjonen «dementia» AND «pain» OR «pain assessment» and «nursing home» ga mange treff på kvantitative artikler, men få relevante kvalitative. Søkekombinasjonen «Dementia» AND «Pain Assessment» AND «Interview» ga gode resultater på kvalitative forskningsartikler og valgte artiklene fra denne kombinasjonen.

3.2.4 Valg av artikler

Jeg fikk flere gode treff med søkeordene, og begynte først å lese overskrifter for å luke ut artikler som ikke passer til min problemstilling. Deretter leste jeg sammendrag, og fikk ekskludert flere på bakgrunn av metode, jeg ekskluderte også artikler som ikke var oppbygd etter IMRaD-strukturen. Vitenskapelige artikler er ikke på en til to sider, og flesteparten er skrevet på engelsk (Friberg, 2017, s. 79). Dette er også tatt i betraktning ved valg av artikler. Ved å avgrense søket til «peer review» vil man få treff på artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Det betyr likevel ikke at artiklene er vitenskapelige, flere av artiklene var gjerne kortere enn 3 sider og ikke bygget opp etter IMRaD-struktur som gjorde at de ble ekskludert.

Jeg vurderte artiklene ut i fra geografisk opprinnelse. Jeg ønsket å ta utgangspunkt i artikler med vestlig kultur eller norske studier. Ingen av artiklene tar utgangspunkt i forskning fra Norge, men fra England, Nord-Irland, Nederland og Sverige.

3.3 Analyse

Forfatter, årstall	Forskningsmetode	Metode	Deltakere	Hovedpunkter/nøkkelord
Petyaeva, A., Kajander, M. Lawrence, V., Clifton, L., Thomas, A. J., Ballard, C., Leroi, I., Briggs M., Closs, J., Dening, T., Nunez, K. M., Testad, I., Romeo, R., Johar, I., og Corbett, A. 2017	Kvalitativ	Fokusgruppe- intervju	Seks sykehjemsbeboere m/pårørende Syv sykepleiere Tre sykehjemsledere	Delte meninger om bruk av verktøy mellom de to fokusgruppene, økt tidsbruk,
Zwakhalen, S., van't Hof, C. E., og Hamers, J. 2012	Kvalitativ	Intervju med sykepleier	23 sykehjemsbeboere Seks sykepleiere	Positiv til verktøyet, mangelfull utfylling, for hyppig måling ved score >4, variasjon hos personell
Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, C. 2018 Forfatter/årstall	Kvalitativ	Semi-strukturerte ansikt-til-ansikt intervju	23 leger 24 sykepleiere	Barrierer for å ta i bruk og integrere kartleggingsverktøy, Mangelfull opplæring i bruk av verktøyene
Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, C. 2017	Kvalitativ	intervju	14 deltakere, forholdsvis assistenter	Kjenne pasienten, Gjenkjenne smerte, Observere atferd og non-verbale faktorer for smerte, rapportere om smerte, Styrke kompetansen Tidsklemme

Forfatter, årstall	Forskningsmetode	Metode	Deltakere	Hovedpunkter/nøkkelord
Lundin, E.& Godskesen, T. E. 2021	Kvalitativ	Semistrukturerte intervju	13 sykepleiere	Problemer med kommunikasjon med pasienten med demens Relasjon til pasient, pårørende og annet helsepersonell Økt behov for kunnskap
Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, C. 2016	Kvalitativ	Semistrukturerte intervju	24 sykepleiere	Problemer med administrering av smertelindrende, Relasjon til lege knyttet til pasientene Økt behov for kunnskap

Da jeg hadde valgt ut seks artikler, startet jeg å analysere artiklene. Analyse er en prosess hvor man ser helheten i de ulike delene, for deretter å sette sammen delene til en ny helhet (Friberg, 2017, s.135). Jeg benyttet meg av oversiktstabell for å få god oversikt over artiklene og deres budskap. Deretter plukket jeg ut hovedpunktene for artiklene, for å hvilke temaer som går igjen. Ut i fra funnene har jeg valgt å dele inn i fem temaer. Temaene er positive holdninger til bruk av kartleggingsskjema, negative holdninger til bruk av kartleggingsskjema, relasjon til pasient og helseassistenter, tidsbruk og sykepleiers behov for kunnskap.

Hovedfunn	Underkategori
Sykepleier opplever at kartleggingsverktøy gjør det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon.	
Barrierer for bruk av kartleggingsverktøy	
Uavklarte roller ved smertekartlegging	Sykepleiers arbeidsmengde Samarbeid mellom sykepleier, helsefagarbeidere og assistent Samarbeid mellom sykepleier og ansvarlig lege
Mangel på tiltak	
Behov for mer kompetanse	

4.0 RESULTAT

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos personer med demens som bor i institusjon. Jeg har sett på 6 artikler og her presenteres funnene fra de.

4.1 Sykepleier opplever at kartleggingsverktøy gjør det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon.

I studiene til De Witt Jansen et al., (2018), og Petyaeva et al., (2017), kommer det frem at sykepleiere opplever at kartleggingsverktøy bidrar til å gjøre det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon. Sykepleiere opplyser om at de tror regelmessig smertekartlegging fører til økt smerterapportering til lege, og er nyttig for personal med mindre erfaring til å gjenkjenne smerte hos pasientene. De opplyser også om et bedre samarbeid på tvers av yrkesgrupper fordi de får en universell forståelse ved bruk av kartleggingsverktøy (De Witt Jansen et al., 2018, s. 1349).

Deltakerne i studien til Petayeva et al., (2017), består av sykepleiere og assistenter og en «team leader». De rapporterer om økt selvsikkerhet og mer bevisst holdning til smertebehandling ved bruk av kartleggingsverktøy. Smertekartleggingen medfører en økt arbeidsmengde, likevel opplyser deltakerne at det er til fordel for både seg selv og pasientene. En av deltakerne uttrykker at «We are encouraged, I would say, to have better understanding, to engage with them better, so that if there is a possibility of the resident being in pain, we can do something about it.» (Petyaeva et al, 2017, s. 225 - 226).

4.2 Barrierer for bruk av kartleggingsverktøy

Petyaeva et al., (2017), intervjuet to fokusgrupper, der fokusgruppe 2 viste betydelig mer negative holdninger til bruk av kartleggingsskjema. Denne gruppen besto av bare assistenter. Mangel på tid og lite motivasjon, i tillegg ses en manglende forståelse av personsentrert praksis. De viste også negative holdninger til smertebehandling særlig med tanke på bruk av ikke-medikamentelle metoder, «which they decribed as timeconsuming and ineffective» (Petyaeva et al., 2017, s. 225).

Deltakerne i studien til Zwakhalen, 2012, står igjen med negative til nøytrale erfaringer etter en 6-ukers periode med systematisk bruk av kartleggingsverktøy. «The main concern was that a score could be increased because of the presence of other reasons than pain such as distress, panic or others.» (Zwakhalen et al., 2012, s. 3013).

I studien til De Witt Jansen et al., (2018), forteller sykepleierne at mangelfull kontinuitet og dårlig dokumentasjon førte til at man sluttet å bruke kartleggingsverktøy. I tillegg ble det store sprik i smerteskåren da personalet har ulik oppfatning av hvor sterke smerter pasienten har. Disse deltakerne la også vekt på at de savnet en veileder for hvordan verktøyet kan integreres i pleien og rutiner som allerede eksisterer (De Witt Jansen et al., 2018, s.1349).

Flere av sykepleierne i studien til Lundin & Godskesen (2021) opplyser om at de ikke bruker kartleggingsverktøy i det hele tatt da de mener at verktøyene ikke er adekvat eller mangel på retningslinjer. Disse sykepleierne baserer smertekartleggingen på intuisjon (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4).

4.3 Uavklarte roller ved smertekartlegging

4.3.1 Sykepleiers arbeidsmengde

Studiene til De Witt Jansen et al., (2018), og Lundin & Godskesen, (2021), viser til at sykepleiere har flere administrative oppgaver som påvirker tiden sykepleieren får brukt sammen med pasienten. Om man ikke får sett pasienten i løpet av en dag, eller bare i korte øyeblikk, har det innvirkning på hvilken relasjon sykepleieren får til sine pasienter. På grunn av lite kjennskap til pasienten, kan det føre til at sykepleieren vurderer pasientens smerter på en måte som ikke gjenspeiler det som faktisk er tilfellet.

4.3.2 Samarbeid mellom sykepleier, helsefagarbeider og assistent

Flere av studiene fremhever samarbeidet mellom sykepleier og annet helsepersonell. De deler både positive og negative erfaring med å samarbeide om smertekartlegging hos personer med demens. På grunn av manglende pasientkontakt opplyser sykepleiere i studien til Lundin & Godskesen, (2021), det som svært viktig å samarbeide med annet helsepersonell som kjenner pasienten bedre og som kan gjenkjenne smerter hos pasienten (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Helseassistenter som regelmessig samarbeidet med sykepleier ved smertekartlegging, opplevde bruken av kartleggingsverktøy som viktig. De som opplevde et bra samarbeid og

god relasjon med sykepleier, forteller de føler seg inkludert, sett, oppmuntret og støttet. Dette førte til bedre dokumentasjon i form av detaljerte rapporter, og at de raskt fikk assistanse av sykepleier, og pasienten ble raskere vurdert for smerter (De Witt Jansen et al., 2017, s. 5). Andre sykepleiere opplyser at samarbeid med helseassistenter være utfordrende dersom den andre ikke kjenner pasienten. Dette gjelder særlig for tilkallingsvikarer. Dette medfører at tegn på smerter og endret atferd ikke blir indentifisert, en sykepleier sier «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).

Det er ikke bare sykepleiere som opplever samarbeidet som utfordrende. Fem, av totalt 14 deltakerne i studien til De Witt Jansen et al. (2017), uttrykker et problematisk forhold med sykepleiere på arbeidsplassen. På grunn av hierarkiet ut fra utdanning, opplever assistene seg som ubetydelige og ignorert. Relasjonen påvirker hvordan assistenter rapporterer til sykepleier om smerte. En av helseassistene beskriver «the nurse could say: well she does usually move that much and I would say: no, she *doesn't* usually move that much.» (Jansen et al, 2017, s.5).

4.3.3 *Samarbeidet mellom sykepleier og ansvarlig lege*

Relasjon til lege er også med på å påvirke hvilken smertelindring pasienten får. De Witt Jansen et al., (2016), viser til at litt over halvparten av sykepleiere på sykehjem har god relasjon til legen. De opplever at legene responderer på rapportene fra sykepleier, de blir validert som sykepleiere og jobber sammen mot mål. De beskriver god kommunikasjon og har legen tilgjengelig hele tiden. Derimot opplever den andre delen at legen er lite tilgjengelig fysisk, og kommuniserer over telefon. Når de kommer med forespørsler opplever de å bli ignorert. «Probably one of the biggest issues that we have is that the GPs wouldn't always come out and help us assess» (De Witt Jansen et al, 2016, s. 1239).

Flere av sykepleierne i studien til Lundin & Godskesen (2021) forteller at de ofte var ansvarlige for maksdosen av morfin som ble gitt pasientene. Flere av legene vil ordinere morfin uten en øvre grense, som gjør sykepleieren ansvarlig for smertelindringen. Ved disse sykehjemmene forteller sykepleierne at legene er lite tilgjengelige og brukte lite tid sammen med personer med demens (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

4.4 **Mangel på tiltak**

Bruken av kartleggingsverktøy tar mye tid, og selv om det er rapportert smerter, ses det i Zwakhalen et al., (2012), få tiltak som blir satt i gang selv om skåren indikerer smerter. Deltakerne ble bedt om å fylle ut et mer detaljert skjema dersom pasienten skårer fire eller mer, dette ble sett i 65% av tilfellene. I halvparten av tilfellene der det ble skåret fire eller mer, ble det satt i gang tiltak. Bruk av kartleggingsverktøy tar tid om det skal gjøres regelmessig hos alle beboere. Deltakerne uttrykker ønske om å skåre sjeldnere enn to ganger i uken (Zwakhalen et al, 2012, s. 3013).

«..., the datasheets were often incomplete, pain score were sometimes registeres inaccurately and follow-up assesments were not always completec as scheduled.» (Zwakhalen, 2012, s. 3014).Mangel på tiltak ses også i situasjoner der sykepleier har økt arbeidsbelastning og ikke får tid til å være med pasienten. Sykepleierne opplyser om underbemanning, flere arbeidsoppgaver, og mangel på tid som begrenser kontakten med pasienten som førte til at vedkommende ikke får tilstrekkelig pleie. Sykepleierne ønsket å ha annet helsepersonell tilstede hos pasienten i palliativ fase, men på grunn økonomiske årsaker lar det seg ikke gjøre i alle tilfeller. Dette medfører at pasienter har dødd alene og i smerter. «We nurses are so few that we don't have the time to sit and hold someone's hand ant try yo comfort them ... most of the time we are sitting down documenting (the work). I hardly find time to be around the residents.» (Lundin & Godskesen s. 5).

4.5 Behov for mer kompetanse

Flere sykepleiere påpeker at det er vanskelig å vurdere hva som er smerter, da kartleggingsverktøy også kan påvirke skåren dersom pasienten er stresset, opplever angst og/eller panikk. (Zwakhalen et al., 2012, s.3013).

Zwakhalen et al.,(2012), vektlegger strategisk smertekartlegging som en viktig del av smertebehandlingen. Personalet opplever barrierer som begrenser bruken av kartleggingsverktøy. Særlig fordi det er vanskelig å skille hva som er smerter, og hva som kan være andre faktorer som gir høyre skår på kartleggingen. Sykepleierne legger også vekt på at det var begrenset i hvilke tiltak de kunne gjøre etter å ha avklart smerteskår. Det blir også vektlagt at et kartleggingsverktøy alene ikke er nok til å endre smertelindringen i praksis.

Helseassistenter ønsker mer trening i å identifisere smerte, da det er mange ulike tegn som kan indikere smerter. Dette ønsker de for å undersøke om det er noe de kan gjøre for å lindre pasientens smerter, fremfor å måtte tilkalle sykepleier hver gang (Jansen et al, 2017, s.3). Sykepleierne i studien til Lundin & Godskesen, (2021), forteller at leger ofte skriver resept på morfinpreparater, men ikke angir maksdose. Dette etterlater sykepleieren til å vurdere hvor mye smertestillende som kan gis. Legene var lite tilgjengelige for sykepleierne, og hadde lite kjennskap til den enkelte pasient. Legen anbefaler sykepleieren til å starte med en lav dose, og etterlater justering og maksdose til sykepleierne. De opplever administrasjonen som vanskelig da de mangler kunnskaper, og ingen har spesialisert trening på dette området(Lundin & Godskesen, 2021, s. 6) Ekstra utfordrende er det med morfinpreparater som virker på respirasjonssystemet og små marginer kan være avgjørende. Flere av sykepleierne opplyser at de til tross for alvorlige konsekvenser ved overdosering, heller gir mer smertestillende enn for lite (Lundin & Godskesen, 2021, s.4).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Litteraturbasert oppgave vil si at denne oppgaven er byget på litteratur og tidligere forskning. Jeg har dermed ikke forsket noe på egenhånd men sett tidligere forskning opp mot teori. I forkant av denne oppgaven har jeg sett på smertelindring til personer med demens som utfordrende, særlig på grunn av pasientens problemer med språk og kommunikasjon, og selvrapportering. Ubehandlet smerte har vist å ha store innvirkninger på livskvalitet, økt forekomst av depresjon, delirium, søvnforstyrrelser, «sundown syndrome» som karakteriseres av symptomer som forvirring, aggresjon, angst om ettermiddag og kveld (Jansen et al. 2018, s.1347).

5.1.1 *Valg av metode:*

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ tilnærming i min litteraturbaserte oppgave. Ut i fra hensikten med oppgaven som omhandler hvordan sykepleier kartlegger smerter hos personer med demens, mener jeg at å bruke kvalitative artikler vil gi best svar. Kvalitativ tilnærming får frem erfaringer fra sykepleiere på et dypere nivå. Jeg ønsket å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere har i forhold til bruk av kartleggingsverktøy. Kvalitativ tilnærming egner seg godt til spørsmål om «hvordan» mens kvantitativ tilnærming egner seg bedre i spørsmål om «hvor mye/mange». Artikkene har gitt svar på hva som er bra og hva som ikke er optimalt, samt andre faktorer som spiller inn som relasjon til pasient, pårørende, lege, og arbeidsbelastning. Disse funnene kan gjøre at sykepleiere på sykehjem kan gi en bedre smertekartlegging for personer med kognitiv svikt av moderat eller alvorlig grad. Ved bruk av kvantitative studier ville jeg i større grad fått svar på hvor ofte kartleggingskjema blir brukt, og i hvilken grad sykepleier benytter seg av dem. Dette er noe jeg har valgt å ikke ha fokus på i denne oppgaven.

5.1.2 *Land og arena*

Ingen av studiene som blir presentert i artikkene tar utgangspunkt i norske sykehjem. Studiene er gjennomført i Nord-Irland, England, Sverige og Nederland. Fordi disse landene har vestlig kultur, med monarki, økonomi og kultur som kan sammenlignes med Norge, valgte jeg å

benytte meg av disse artiklene da det er reelt å kunne tro at resultatene i studiene vil gjenspeile situasjonen i Norge.

5.1.3 *Forskernes bakgrunn*

Forskernes bakgrunn har betydning for hvordan jeg vurderer forskningen deres. Ved å vite at forskerne har utdanning som er relevant, og har praksis innen område styrker studien. For å undersøke studienes pålitelighet og styrke deres resultater, sjekket jeg opp i forskernes bakgrunn. Forskernes bakgrunn stammer fra medisinfaglig bakgrunn, som lege, professor, psykolog og sykepleier. Sykepleierne har ulike videreutdanninger som mastergrad som forskningssykepleier, psykiatrisk sykepleier, doktorgrad. Flere av forfatterne har også hatt særlig fokus på eldre med demens, smertelindring og mental helse.

De Witt Jansen et al., har hatt et prosjekt hvor de har sett på ulike yrkesgruppers erfaring med smertekartlegging hos personer med demens. Derfor er flere av artiklene jeg har valgt å benytte hentet fra dette prosjektet. Det er den samme gruppen forskere som står bak studiene, som har sett på sykepleiere, leger, og helseassistenters erfaring med smertekartlegging både i institusjon, hospice og akutte avdelinger.

5.1.4 *Studiens deltakere*

Jeg ønsket å ha et sykepleiefaglig perspektiv, og har derfor valgt artikler med sykepleiere som informanter. Erfaringen varierte fra nyutdannet til over 15 års erfaring som sykepleier. Deltakerne i studien til Jansen et al., (2017) er helseassistenter. Likevel ønsket jeg å inkludere denne da det var fokus på hvilken rolle sykepleieren har overfor sine kollegaer, og hvordan helseassistentene opplever sykepleiere. Sykepleierne snakker både for seg selv og sine erfaringer, men har også gjort vurderinger av sine pasienter. Kriteriene for pasientene er å ha en demens diagnose, og bo på sykehjem.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 *Sykepleier opplever at kartleggingsverktøy gjør det lettere å identifisere smerte hos personer med demens i institusjon.*

Kartlegging vil si å innhente informasjon, og er første fase i sykepleieprosessen. Datasamling er nødvendig for å kunne sette i gang tiltak. Jeg tror ved at sykepleieren systematisk kartlegger pasienten, får man en god oversikt som gjør det enklere å indentifisere behov for sykepleie og vurdere utvikling. Florence Nightingale vektla i læreboken *Notes on Nursing*, hvordan sykepleieren skal utføre korrekte observasjoner. «Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiersker, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere ...».(Mathisen, 2006, s. 94). Kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleieren til å systematisk observere og vurdere pasienten innenfor ulike temaer, som smerter.

Flere av sykepleierne i studiene til De Witt Jansen et al., (2018) og Petyaeva et al., (2017), forteller om positive erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy hos personer med moderat demens. De opplever at kartleggingen fører til økt bevissthet rundt smerter, og dermed også fører til bedre behandling.

Bruk av observasjonsbasert skjema til smertekartlegging, trekkes fram som en viktig del av smertekartleggingen hos personer som ikke kan selvrapporere om smerter. En norsk studie avdekket at sykepleiere var usikre på om pasienten med demens hadde smerter. I tilfeller hvor sykepleieren benyttet seg av kartleggingsverktøy i form av observasjonsbasert skjema, ble smerter avdekket oftere, enn av sykepleieren som baserte seg på klinisk skjønn (Torvik & Sandvik, 2020, s.406).

5.2.2 *Barrierer for smertekartlegging*

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>). Det er flere yrkesetiske punkter som styrer hvordan sykepleiefaget skal utøves. Sykepleie er en profesjonsutdanning, sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for sine egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Sykepleieren må sette seg inn i det

lovverket som regulerer tjenesten. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, dette innebærer retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, i tillegg til rett om medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket. Det er sykepleiers ansvar å inkludere pårørende, vise respekt og omtanke ovenfor dem. I tillegg til å vise respekt for kollegers og andres arbeid, og gi støtte i vanskelige situasjoner. Sykepleieren skal sette seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og være lojal mot disse så lenge det er i samsvar med sykepleiens grunnlag. Sykepleieren skal også delta aktivt i den offentlige debatt og bidra til at faglige og etiske vurderinger legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger (<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>).

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene er det også etiske prinsipper i sykepleien. Det innebærer velgjørighet, ikke skade, rettferdighet og barmhjertighet og autonom (Nordtvedt & Grønseth, 2020, s. 18). Sett i sammenheng med smertekartlegging, vil man som sykepleier ønske å gjøre pasienten vel, og vise barmhjertighet. Flere av studiene har påpekt at økt smertekartlegging fører til økt identifisering av smerte, som deretter kan behandles. Mangelfull smertekartlegging kan føre til at smerter ikke blir oppdaget, og dermed kan pasienten oppleve mer skade og en unødvendig belastning. Det er ikke nok å bare ville at pasientene skal ha det vel, man må gjøre en aktiv handling for at pasienten skal oppleve velgjørighet.

Flere sykepleiere i studiene til Petyaeva et al., (2017), Zwakhalen et al., (2012) og Lundin & Godskesen, (2021), opplever at kartleggingsverktøy ikke er egnet til å bruke for personer med demens. De velger heller å stole på egen intuisjon. Nettopp fordi smerter er subjektivt, fører kartleggingen ofte til at sykepleierne vurderer ulikt. Noen mener pasienten er i sterke smerter, mens en annen gjerne mener det ikke er smerter.

Sykepleiere er generelt dårlige til å forstå betydningen av smertekartleggingsskjema, og å ta i bruk dem. En spørreundersøkelse blant norske intensivsykepleiere, viste at bare 10% benyttet smerteskala i sine kartlegginger (Danielsen et al., 2020, s. 383). En svensk studie viste «... motvilje mot å bruke vurderingsskjemaer/skalaer for smertevurdering, sammen med mangelfull dokumentasjon, hindret god kvalitet på den postoperative smertelindringen» (Danielsen et al., 2020, s. 383).

En undersøkelse viste av sykepleierne opplevde kommunikasjonen med gamle som utfordrende, som påvirket smertekartleggingen (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400). Dersom

sykepleierne opplever det som vanskelig å kommunisere med eldre som har verbalt språk, kan det tyde på at kommunikasjonen og smertekartleggingen av eldre med demens er en enda større utfordring. Min erfaring fra å jobbe på sykehjem ved en demensavdeling, gjenspeiler at man gjerne ønsker å få et verbalt svar, eller annen form for bekreftelse av smerter. Om man da får et bekreftende «ja», kan det også bringe usikkerhet om pasienten virkelig forstår hva han sier, som gjør at man blir tvilende rundt smertekartleggingen.

Selve smertebehandlingen har vist å ha sammenheng med organisasjonsmessige forhold i helsetjenesten. Blant annet viser et manglende engasjement og støtte fra ledere, i tillegg til mangelfulle retningslinjer for smertekartlegging og dokumentasjon. Det ses en manglende kontinuitet og dårlig definerte ansvar for behandling, og opplæring av personal og lite videreutdanning blant personal. Det bør være klare retningslinjer for hva sykepleier kan gjøre og når lege skal kontaktes (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400-402). «Smertevurdering utføres for lite systematisk og målrettet, og selv om gamle personer formidler at de har smerte, blir det ikke alltid igangsatt adekvate tiltak for å lindre smertene» (Torvik & Sandvik, 2020, s.401).

Min erfaring fra å jobbe på sykehjem og praksis ved en demensavdeling, er at man er lite nytenkende, og ofte forholder seg til det man vet har fungert før og har en skepsis til det som er nytt. I allerede eksisterende rutiner er det ikke rom for forandring som for eksempel rutiner for smertekartlegging ved hjelp av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Det krever mye å forandre rutiner, der ledelse og må være delaktig og legge til rette i forhold til arbeidsoppgaver og være tydelige med det som skal gjøres. Samtidig bør man bruke fagmøte og lignende på å evaluere hvordan man gjør det, hva som fungerer og hva som bør endres på.

5.2.3 *Uavklarte roller ved smertekartlegging*

Sykepleiere er ofte alene om sin kompetanse på jobb, og er avhengig av andres observasjoner, fordi pasientkontakten blir begrenset. Det gjør at sykepleierens relasjon til sine kollegaer er med på å påvirke hvilken pleie som blir gitt pasientene. Det gjelder også for smertekartleggingen. Sykepleieren må vurdere om hun stoler på vurderinger gjort av sine kollegaer, eller om hun vil gjøre sine egne vurdering og kartlegginger. Dersom man som sykepleier har lite pasientkontakt er det vanskelig å bedømme hva som er normalt og hva som

avviket. Dette er noe som er både avhengig av struktur på arbeidsplassen og hver enkelt sykepleiers prioritering.

Som De Witt Jansen et al., (2017) påpeker, gir helseassistenter som opplever et godt samarbeid med sykepleier, mer detaljerte rapporter om pasientene. Relasjonen og tillitten mellom helseassistent og sykepleier blir bedre og pasientens smerter kan kartlegges mer nøyaktig. Jeg mener med gode kartlegginger kan også behandlingen bli bedre. Bedre smertebehandling vil gjøre pasienten i bedre form og mulig mindre forvirret som kan gjøre arbeidshverdagen for de ansatte på avdelingen lettere, med at pasientene har det bedre. De pasientene som ikke selv kan rapportere om smerter er en sårbar gruppe, og er avhengige av sykepleierens kompetanse når det kommer til å observere og tolke ikke-verbale tegn på smerter. I tillegg til bruk av observasjonsbasert kartlegging, er også god kjennskap til pasienten nødvendig for å optimalisere smertekartleggingen (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Helseassistentene er gjerne de som kjenner pasienten best, likevel opplever de at de ikke blir tatt på alvor dersom de ytrer sin mening. Funn i studiene viser at der helseassistenter og sykepleiere har god relasjon og kommunikasjon er samarbeidet godt, det får pasientene nytte av ved at for eksempel smertekartleggingen hos personer med demens, blir utført mer detaljert og konkret, og dokumentasjonen er bedre (De Witt Jansen, 2017, s. 5). Dette er noe sykepleiere må være bevisst på, og verdsette helseassistenters kunnskaper og observasjonsevne og inkludere deres funn i kartleggingen.

5.2.4 *Mangel på tiltak*

Det ses mangelfull utfylling av kartleggingsskjema i flere tilfeller. Som helsepersonell er man pliktet gjennom helsepersonelloven § 39 å dokumentere pleie (https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8). Smertekartlegging er en del av dette. Kartlegging og dokumentasjon ses også som faser i sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen kan være til hjelp for sykepleiere når de står ovenfor et problem. Problem kan her forstås som en hindring for å ivareta grunnleggende behov (Skaug, 2019, s. 339). Ut i fra helsepersonelloven §39, er sykepleiere pliktet til å dokumentere, helsepersonelloven §40 omhandler journalens innhold, hvor det blant annet står at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal dokumenteres (https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8). Smertekartlegging vil være relevante og nødvendige opplysninger som skal være dokumentert i pasientens

journal. Mangelfull eller ikke dokumentert kartlegging kan ses som et brudd på dokumentasjonsplikten, og hindre pasienten i å få helsehjelpen han har krav på. Det krever at sykepleieren er tålmodig og har tid til å la pasienten styre tempoet. Ofte bruker personer med demens lengre tid på å bearbeide informasjonen som blir gitt og lengre tid på å svare (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402).

Fellestrekk for alle former for lidelse, er at det omfatter både kroppslige, psykiske og åndelige eller eksistensielle sider av situasjonen et menneske er i (Kristoffersen & Breievne, 2019, s. 189). Katie Eriksson beskriver at pleien som blir gitt, eller pleien som uteblir, kan påføre pasienten lidelse (Eriksson, 1995, s. 69). Dersom smertekartlegging uteblir, eller ikke er fullstendig, risikerer man at pasienten ikke får den behandlingen han trenger, og kan dermed oppleve lidelse. Samtidig kan alderdom og sykdommer i seg selv medføre lidelse. Det er sykepleiers oppgave å identifisere lidelse, for å kunne eliminere eller minske lidelsen i pleien.

Nightingale påpeker at ensomhet, bekymring, usikkerhet, venting og redsel kan være opphav til lidelse. (Eriksson, 1995, s. 69). Hos pasienter med kognitiv svikt ses ofte motorisk uro og forvirring som tegn på lidelse, men at pasienten er taus og apatisk, kan også være et uttrykk for lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2019, s. 189). Det kan være smerter som er årsaken til lidelse. Dette kan tyde på at selv om sykepleierne opplever det som vanskelig å vite om pasienten har smerter, vil pasienten trolig oppleve lidelse. Dersom pasienten også opplever lidelse som følge av smerter som ikke blir avdekket eller behandlet, påføres pasienten en unødvendig lidelse. Dette er lidelse som man kan klare å gjøre noe med så lenge sykepleieren oppdager det og vet hvilke tiltak en skal benytte seg av.

5.2.5 *Behov for mer kompetanse*

Flere sykepleiere uttrykker en usikkerhet rundt kartlegging av smerter hos personer med demens. De opplever et behov for økt kunnskap (Lundin & Godskesen, 2021, s.6). Når en er usikker og ikke vet sikkert hvordan en skal vurdere blir det heller ikke satt inn tiltak. Økt kunnskap krever at sykepleier får tid til å øke sin kompetanse på dette området, den enkelte sykepleier har ansvar selv å holde seg oppdatert men og fra leder må det bli satt av tid til å få øke sine faglige kunnskaper. Det bør være et miljø som tilstreber utvikling og fremmer rom for ny kunnskap.

5.2.5.1 Økt kompetanse om demenssykdommer

Det er forventet at antall personer med demens vil øke, og nesten fordobles innen 2040. Målet er at personer med demens skal kunne bo lengst mulig hjemme, noe som vil føre til at de som flytter inn på institusjon har mer alvorlig grad av demens eller andre større helseplager (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>). Det er nødvendig at sykepleiere har nok kunnskap om demenssykdommer for å kunne gi personsentrert og helhetlig pleie til sine pasienter. Som samtlige av studiene påpeker, er smerte et underbehandlet problem.

Ubehandlet smerter har vist å ha innvirkning på livskvalitet og evnen til å utføre handlinger, i tillegg ses økende stressende atferd. Sykepleierne opplever det som vanskelig å vite hva som er smerter, og hva som kan skyldes andre faktorer som stress, angst, sult, med mer. Faktorer som sykepleiere opplever som stressende atferd og forverring av demenssykdom, kan faktisk være smerterelatert. Identifiseringen av smerter må forbedres, særlig hos de personene med demens som ikke lar seg verbalt uttrykke sine behov. Også leger har behov for å øke sine kunnskaper om smerteidentifisering hos personer med demens. Det ses på som nødvendig å utvikle passende metoder for å avdekke smerter hos personer med alvorlig grad av demens. (Downs et al., 2006, s. 199).

5.2.5.2 Innføring og forståelse av kartleggingsverktøy

Det er behov for at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om kartleggingsverktøy for å kunne ta dem i bruk. Pasienten er avhengig av sykepleiers kartlegging for å få lindret sine smerter. Sykepleier trenger informasjon om lokalisasjon, intensitet, variasjon, varighet, og om smerten fører til nedsatt funksjon. (Danielsen et al., 2020, s. 388). Et kartleggingsverktøy kan være til hjelp for at sykepleieren systematisk samler inn data om pasientens smerter, gjøre dokumentasjonen grundigere, som gjør det lettere å se endring i pasientens tilstand. Det er utviklet flere kartleggingsskjemaer for eldre som ikke kan selvrappørere, som Doloplus 2 og MOBID-2 (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406).

En del av sykepleiers oppgaver er å undervise/lære opp annet personal i for eksempel smertekartlegging og bruk av kartleggingsverktøy. Det er derfor nødvendig at sykepleier har nok kunnskap til å kunne videreformidle dette til sine kollegaer. Helseassistenter uttrykker et ønske om å få opplæring av sykepleiere på arbeidstedet, fremfor interaktive kurs (De Witt Jansen, 2017, s. 6). Dette viser at sykepleiere trenger økt kunnskap både for sin egen del og for å kunne undervise og veilede helseassistenter.

6.0 KONKLUSJON

Ut i fra funnene i artiklene ser jeg på det som svært relevant at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om smertekartlegging hos personer med demens. Med økende forekomst av demens i befolkningen, tilrettelegging i hjemmet for at personer med demens skal bo lengst mulig hjemme. Er det sannsynlig at de pasientene som får langtidsopphold i institusjon vil være sykere, og dermed være mer avhengig av sykepleiers observasjoner og vurderinger? Det ses at flere av sykepleierne har barrierer for å ta i bruk kartleggingsverktøy, selv om det har vist seg å ha bedre effekt å kartlegge systematisk enn å basere seg på intuisjon. Klare retningslinjer for smertekartlegging og faglig oppdatert personalet vil komme til nytte for at pasienten skal få lindret sine smerter. For videre forskning kunne man studert nærmere barrierer for bruken av kartleggingsverktøy, og hvilke kartleggingsverktøy som fungerer best.

I Hordaland var 5 sykehjem med i et pilotprosjekt for å heve kompetansen innen lindrende behandling og omsorg gjennom en digital opplæringspakke. Prosjektet rettet seg hovedsakelig mot helsefagarbeidere og ble avsluttet i 2018. Prosjektet ble svært godt evaluert (<https://www.utviklingssenter.no/aktiviteter/kompetanseutvikling/digital-opplaringspakke-i-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt>). Slike prosjekt bør støttes av ledere på sykehjem, og lignende prosjekt for smertekartlegging og smertebehandling hos personer med demens, kan være svært aktuelt.

Avslutningsvis vil jeg presentere noen spørsmål som jeg sitter igjen med etter å ha arbeidet med dette temaet. Det kommer også fram i artiklene at selv om de avdekker smerter, blir de ikke behandlet. Hvilke barrierer har sykepleierne for å sette i gang smertelindrende tiltak? De valgte artiklene er skrevet fra sykepleiers perspektiv, hvilke konsekvenser opplever de at smertekartleggingen har for pasienten? Det kan være vanskelig å intervjuer personer med langtkommet demens som har språkutfordringer, likevel hadde det vært interessant å visst noe om hvordan smertekartlegging og identifisering av smerte er med på å påvirke pasienten i sitt daglige liv.

7.0 REFERANSER

Aldring og helse: Nasjonalt senter. (u.å.). *Hvor mange i Norge har demens?* Demenskartet.no. Hentet 15. desember 2022 fra <https://demenskartet.no>

Bertelsen, A. K. (2019) Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. B.-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-344). Gyldendal.

Downs, M. Small, N. & Froggatt, K. (2006). Person-centred Care for People with Severe Dementia. I A. Burns & B. Winblad (Red.), *Severe dementia*. Wiley

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal.

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M. & Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10) 1234-1244. [10.1111/jocn.13442](https://doi.org/10.1111/jocn.13442)

De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16, 1-11. [10.1186/s12904-017-0184-1](https://doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1)

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, 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. [10.1002/gps.4931](https://doi.org/10.1002/gps.4931)

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. TANO forlag.

Friberg, F. 2017, Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten, studentlitteratur, 3. opplag. Studentlitteratur AB.

Helsedirektoratet. (2022, 27. april). *Demens*.

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

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2019). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 187-236). Gyldendal.

Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 1-11. [10.1186/s12912-021-00566-7](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7)

Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer – mennekser – muligheter* (2. utg.). Gyldendal akademisk

Nordtvedt, F. (2019). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-186). Gyldendal.

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-40). Gyldendal.

Petyaeva, A., Kajander, M., Lawrence, V., Clifton, L., Thomas, A. J., Ballard, C., Leroi, I., Briggs, M., Closs, J., Dening, T., Nunez, K., Testad, I., Romeo, R., Johar, I., Corbett, A., & Nunez, K.-M. (2018). Feasibility of staff training and support programme to improve pain

assessment and management in people with dementia in care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 221–231. <https://doi.org/10.1002/gps.4727>

Skaug, E.-A. (2019). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 337-376). Gyldendal.

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodskorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-441). Gyldendal.

Sykepleien. (2022, 20. mai). *Smertekartlegging blant sykehjemsbeboere med lagtkommen demens*. <https://sykepleien.no/forskning/2022/05/smertekartlegging-blant-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens>

Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodskorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397-415). Gyldendal.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2021, 11. mars). *Digital opplæringspakke i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*. <https://www.utviklingscenter.no/aktiviteter/kompetanseutvikling/digital-opplaringspakke-i-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt>

Zwakhalen, S. M., Hof, C. E. & Hamers, J. P. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 21(21.22), 3009-3017. [10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x)

8.0 VEDLEGG

Vedlegg1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.22	Cinahl	S1: Dementia S2: «Pain» OR «Pain Measurement» S3: «Nursing home patients» OR «nursing homes» S4: S1 AND S2 AND S3	Peer review Utgitt mellom 2018 - 2022	53	10	0	0
25.10.22	Oria	«Demens» OG «smerte»	Fra fagfelleverderte tidsskrift Utgitt mellom 2012 - 2020	3	3	2	0
25.10.22	MedLine	S1: «Dementia» OR «Alzheimer Disease» S2: «Pain» OR «Pain Measurement» S3: «Nursing Homes» S4: S1 AND S2 AND S3	Scholarly (Peer Reviewed) Utgitt mellom 2017 - 2022	61	12	3	0
27.10.22	Cinahl	S1 «Dementia» AND «mobid-2» AND «nursing home»	Peer review Utgitt mellom 2012 - 2022	7	7	2	0
27.10.22	Oria	«Demen*» OG «Mobid-2»	Fra fagfelleverderte tidsskrift	26	5	2	0

[1584]

01.11.22	Cinahl	«Dementia» AND «Pain Assesment» OR «Pain scale» OR «pain tool» AND «Nursing home»	Peer review Utgitt mellom 2012 – 2022 Geografisk område: Europa	55	6	6	0
02.11.22	Cinahl	«Dementia» AND «Pain assesment» And «Interview»	Peer review Utgitt mellom 2012 - 2022	54	12	6	4
20.11.22	Cinahl	«Nurse» AND «Dementia» AND «Pain assessmetn»	Peer review 2017 - 2022	49	6	1	1
20.11.22	Oria	Nurses´experien ces of pain management for people with dementia approaching the end of life: a qualitative study		1	1	1	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrikse litteraturmatrikse

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjo n	Hovedfunn/ resultater
Petyaeva, A., Kajander, M. Lawrence, V., Clifton, L., Thomas, A. J., Ballard, C., Leroi, I., Briggs M., Closs, J., Dening, T., Nunez, K- M., Testad, I., Romeo, R., Johar, I., og Corbett, A. 2017 International Journal of Geriatric Psychiatry England	Feasibility of a staff training and support programme to improve pain assessment and management in people with dementia living in care homes	Å etablere gjennomførh eten og innledende effektivitet av trening og støtte innblanding for å forbedre smertebehan dling hos personer med demens som bor på sykehjem	Pasient, pårørende og sykepleier	Fokusgru ppeinterv ju Bruk av PAIN- Dem	Seks beboere og pårørende deltok, sammen med syv sykepleie. Samt tre sykehjemsl edere	Forbedring i smertebehandlende holdninger og trygghet ble sett ved sykehjem som fikk opplæring. Involvering av pårørende ble trukket frem som et forbedringsområde. Måloppnåelse hos beboerne var betydelig forbedret, selv om man ikke så tydelige endringer i smertene.
Zwakhalen, S., van't Hof, C. E., og Hamers, J. 2012 Journal of Clinical Nursing Nederland	Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions	Å utforske gjennomførb arheten av regelmessige smertekartle gginger ved bruk av observerbart verktøy på institusjoner for personer med demens.	Sykepleier	Explorat ory descripti ve observati onal study	23 sykehjems beboere deltok i undersøkel sen, seks sykepleiere fra sykehjem met deltok i intervju. Undersøke lsen foregikk over 6 uker	Studien viser at smertelindrende innblanding ikke forekom ofte nok. Etter smertevurdering ble ofte ikke- medikamentelle metoder benyttet. Studien viser også at selv om smerte ble indentifisert, ble det ikke satt i gang tiltak. Å sørge for at helsepersonell har rette verktøy for å evaluere og indentifisere smerte, er ikke alene nok til å endre behandlingen av smerte.

<p>Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, C. 2018 International Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology / Nord-Irland</p>	<p>«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</p>	<p>Å undersøke bruken av smertekartleggingsverktøy for personer med langtkommet demens som nærmer seg slutten på livet</p>	<p>Sykepleier/lege</p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte ansikt-til-ansikt intervju</p>	<p>23 leger og 24 sykepleiere med erfaring fra spesialist- og primærhelseetjenesten.</p>	<p>Helsepersonell har behov for pågående støtte når det kommer til forandringer som utvikling og integrering av smertekartleggingsverktøy. Én av fire oppga at de jevnlig benyttet verktøy for å kartlegge smerter hos personer med demens som var i livets slutfase. Grunner for å ikke bruke verktøy er at det er vanskelig å integrere i en allerede eksisterende praksis og oppleves som å ha manglede verdi.</p>
<p>Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, C. 2017 BMC Palliative Care United Kingdom/ Nord-Irland</p>	<p>Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study</p>	<p>Å selvrapporerte om smerter et velkjent problem hos personer med demens som nærmer seg slutten av livet. Få studier har fokus på helsepersonells rolle i kartleggingen og behandling av smerte hos denne pasientgruppen</p>	<p>Helsepersonell</p>	<p>Kvalitativ studie, bruk av intervju</p>	<p>14 deltakere, med erfaring fra sykehjem og hospice ble intervjuet gjennom en 15 måneders periode</p>	<p>Tre hovedtema: gjenkjenne smerte, rapportere om smerte og økt kompetanse. Relasjonen påvirket resultatet i smerterapportering, positiv relasjon resulterte i omfattende smerterapport, mens negativ relasjon resulterte i tvetydig og overfladisk rapportering. Deltakerne uttrykket ønske om å lære mer og ta i bruk verktøy for å kartlegge smerte</p>

Lundin, E. & Godskesen T. E. BMC Nursing 2021 Sverige	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	De fleste av personene med alvorlig demens dør på sykehjem. Smertelindringen for denne pasientgruppen i palliativ fase er ikke optimal, og studien ønsker å se på sykepleiers erfaring	Sykepleier	Kvalitativ, semistrukturerte intervju	13 sykepleiere fra 12 ulike sykehjem i Stockholm	Problemområder som er beskrevet er kommunikasjon, relasjon og organisering. Det er vanskelig å kartlegge pasientens smerter da han ikke kan snakke for seg, relasjon til pasient og pårørende samt lege spiller inn i pleien som blir gitt, og mangel på personell, økonomi, økt arbeidsmengde spiller inn.
Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., og Parsons, 2016 Journal of clinical nursing United Kingdom	Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approachin the end of life: a qualitative study	Å utforske sykepleieres erfaringer med smertelindring hos personer med moderat/alvorlig demens i palliativ fase.	Sykepleier	Kvalitativ, semistrukturerte intervju	24 sykepleiere med erfaring fra sykehjem, hospice og sykehus	The hovedfunn, som omhandler problemer med å administrere smertestillende, relasjonen mellom sykepleier og lege, og økt behov for kunnskap. Tilstrekkelig smertelindring er svært vanskelig og flere opplever at samarbeidet med lege gir økt utfordringer for sykepleieren og ønsker bedre kunnskap.