

# Symptomlindring av personer med demens i livets slutfase

Kandidatnummer: 558 & 604  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8866

Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

*“My role as a nurse is to make sure this woman dies in comfort”*  
*- Thompson & McClement, 2019, s. 10*

**Tittel:** Symptomlindring av personer med demens i livets slutfase

**Innledning:** Tema for oppgaven omhandler symptomlindring av personer med demens ved livets slutt. Det er ventet en stor økning i antall pasienter med demens på sykehjem. Det er på bakgrunn av dette viktig at sykepleier innehar god kunnskap om symptomlindring av pasientgruppen ved livets slutt. Problemstillingen vår er: "Hvilke erfaringer har sykepleiere med symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase på sykehjem?"

**Metode:** Utvalgte forskningsartikler er innhentet gjennom et strukturert søk i den vitenskapelige databasen CINAHL. I søket benyttet vi oss av søkeordene "Terminally Ill Patients OR Palliative Care AND Residential Facilities OR Nursing Home Patients OR Nursing Homes OR Long Term Care AND Dementia". Av dette fikk vi 176 resultater, hvor fire artikler ble inkludert etter en strukturert gjennomgang ved hjelp av inklusjon- og eksklusjonskriterier.

**Resultat:** Sykepleieren må utøve personsentrert sykepleie for å oppnå adekvat symptomlindring ved livets slutt. Sykepleierne erfarte at kartlegging basert på observasjoner var nyttig. Pårørende erfares som en viktig ressurs i symptomlindringen, da de innehar god kjennskap til pasienten. Samarbeid med annet helsepersonell, tilstrekkelig kunnskap og erfaring om palliasjon og symptomlindring ved livets slutt erfares som viktig.

**Diskusjon:** Personsentrert sykepleie viser seg å ha en positiv effekt på symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase. Kommunikasjon kan være til hinder for god symptomlindring. Sykepleierne erfarer at pårørende er en viktig ressurs i symptomlindring, men deres vurdering kan være påvirket av den nære relasjonen til pasienten. Kartlegging av symptomer ved hjelp av observasjoner er av stor nytte, men kan på den andre siden føre til feiltolkninger. Manglende kompetanse og kunnskap var til hinder for god symptomlindring ved livets slutt. Grunnlaget for symptomlindringen ved livets slutt bør derfor baseres på personsentrert og helhetlig omsorg.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	1
1.3 Hensikt og problemstilling	2
1.4 Avgrensning	3
1.5 Begrepsavklaring	3
2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Personer med demens	4
2.1.1 Kommunikasjon med personer med demens	4
2.2 Livets slutfase	5
2.2.1 Symptomer ved livets slutt	5
2.2.2 Symptomlindrende tiltak	6
2.2.3 Pårørende til personer med demens ved livets slutt	7
2.3 Sykepleierens lindrende funksjon	7
2.4 Personsentrert omsorg	8
2.4.1 Tom Kitwood - personsentrert, individuell omsorg	8
2.4.2 VIPS rammeverket	9
2.5 Ethiske og juridiske rammer	10
2.5.1 Fire etiske prinsipper i sykepleie	10
2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer	10
2.5.3 Lovverk	11
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur	15
4.0 Resultater	17
4.1 Presentasjon av artiklene i matrise	17
4.2 Syntese av resultatene	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	20
5.1.1 Personsentrert omsorg	20
5.1.2 Kommunikasjon	21
5.1.3 Pårørende	22
5.1.4 Symptomkartlegging	23

5.1.5 Symptomlindrende tiltak	25
5.1.6 Samarbeid, kunnskap og kompetanseutvikling	26
5.2 Metodediskusjon	28
5.2.1 Litteraturstudie	28
5.2.2 Litteratursøk	28
5.2.3 Utvelgelse av artikler	29
5.2.4 Inkluderte artikler	29
6.0 Konklusjon	31
Referanseliste	32
Vedlegg 1	39
Vedlegg 2	45
Vedlegg 3	51
Vedlegg 4	57

# 1.0 Innledning

Tema i denne oppgaven er symptomlindring av personer med demens ved livets slutt. Under følger en redegjørelse for bakgrunn for valg av tema, sykepleiefaglig relevans samt oppgavens hensikt og problemstilling. Oppgavens avgrensing og sentrale begreper blir presentert.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt gjenspeiler et ønske om økt kunnskap innenfor symptomlindring hos pasienter med demens i livets slutfase. Både på bakgrunn av tidligere møte med temaet i praksis, men og sett i lys av et helsevesen stadig mer preget av eldre pasienter med demens. Det er ventet stor økning på verdensbasis i antall personer med demens, fra 47 millioner som lever med demens i 2015 til 132 millioner i 2050 (World Health Organization, 2017, s. 2). Ifølge forskning fra SSB regner en med at den demografiske utviklingen i Norge vil bidra til å øke behovet for antall sykehjemsplasser. I 2019 viser statistikk at det var i underkant av 4000 mennesker i Norge som hadde demens som underliggende dødsårsak. 92% av disse døde på sykehjem eller annen helseinstitusjon (Raknes, 2020). Omtrent. 80% av alle med langtids plass på sykehjem har demenssykdom. Dette viser at det er et svært aktuelt tema i sykehjem. Sett i lys av dette vil kunnskap om symptomlindring hos eldre med demens ved livets slutt derfor stadig bli mer relevant i tiden som kommer (Strand, 2014). Det er på bakgrunn av dette viktig at en sykepleier har god kunnskap om symptomlindring av eldre pasienter med demens ved livets slutt.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Det følger av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at “Sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Hvilket tilsier at symptomlindring ved livets slutt til pasienter med demens er et relevant tema med stor sykepleiefaglig relevans. Temaet angår en sykepleiers arbeidsområde på sykehjem hvor en stor andel av pasientene har demens (Strand, 2014).

Temaet er relevant for personsentrert sykepleie da hver enkelt pasient vil ha sine individuelle opplevelser og behov ved livets slutt (Rokstad, 2020, s. 52). Demens er ifølge

sosialpsykologen Tom Kitwood sin modell bestående av hjerneorganiske forandringer, psykisk og fysisk helse, livshistorie, personlighet og sosiale relasjoner. Hvilket viser viktigheten av at den enkelte pasient med demens må møtes med personsentrert sykepleie for å ivareta de individuelle behovene til pasienten (Rokstad, 2020, s. 57). Pasienter med demens vil ofte ha svekket evne til å uttrykke seg verbalt, og sykepleier må da ha et personsentrert fokus basert på observasjoner for å kartlegge symptomer (Eriksen, 2020, s. 354). For å lettere kunne kjenne igjen tegn på smerter og ubehag hos pasienten vil det være viktig å ha hatt kjennskap til pasienten før livets slutfase (Eriksen, 2020, s. 358). På bakgrunn av dette vil personsentrert sykepleie være av høy relevans ved symptomlindring av pasienter med demens ved livets slutt.

### 1.3 Hensikt og problemstilling

World Health Organization hevder at eldre pasienter i livets slutfase ikke får sine behov tilstrekkelig ivaretatt, deriblant adekvat smertelindring (Davies, 2004, s. 11). For at pasienter skal oppleve å være tilstrekkelig symptomlindret er det viktig at sykepleier innehar kunnskap om symptomlindring ved livets slutt av personer med demens. Konsekvensen av mangel på kompetanse innenfor temaet vil føre til utilstrekkelig omsorg og behandling ovenfor pasientgruppen. Kompetanseheving innenfor symptomlindring av eldre med demens ved livets slutt vil derfor være svært sentralt (Eriksen, 2020, s. 355). Pasienter med demens i livets slutfase kan ofte ha utfordringer med å uttrykke seg, og er dermed en stemme som sjeldent blir hørt. Vi ønsker derfor å sette fokus på denne pasientgruppen, da de selv har begrensede muligheter til å uttrykke sine opplevelser med pleien og omsorgen de mottar (Wogn- Henriksen, 2020, s. 93). Den overordnede hensikten med denne litteraturstudien vil være å se på sykepleiers erfaringer med symptomlindring av eldre pasienter med demens i livets slutfase. Dette da erfaringer er kunnskap som må forstås i ettertid, og som videre kan bidra til å forbedre demensomsorgen i livets slutfase (Kristoffersen et al., 2021, s. 19).

Ut ifra dette er problemstillingen: "Hvilke erfaringer har sykepleiere med symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase på sykehjem?"

## 1.4 Avgrensning

Det er på sykehjem det foreligger flest dødsfall blant personer med demens, og oppgaven er derfor avgrenset til sykehjem (Raknes, 2020). Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle symptomlindring ved livet slutt. Under dette inngår faktorer og tiltak rundt den døende som kan bidra til å styrke symptomlindringen. Faktorer som er sentrale ved symptomlindring, og som vi vil fokusere på i oppgaven er personsentrert omsorg, kommunikasjon, pårørende, symptomkartlegging, tverrfaglig samarbeid, og sykepleierens kompetanse (NOU 2017: 16, s. 10-11). Målgruppen for bacheloroppgaven er sykepleiere som arbeider på sykehjem med personer med demens i livets slutfase. Kartleggingen av sykepleierens erfaringer har som mål å bidra til bedre symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase på sykehjem.

## 1.5 Begrepsavklaring

Her foreligger en avklaring av relevante begreper:

**Demens:** Demens er en samlebetegnelse for hjernesykdommer med kognitiv svikt som følge (Helsenorge, 2022).

**Livets slutfase:** De siste ukene, dagene og timene av et menneskes liv (Helsedirektoratet, 2018).

**Symptomlindring:** Lindring av fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige tegn som tolkes som ubehag hos pasienten (Eriksen, 2020, s. 353).

**Sykehjem:** Defineres som en helseinstitusjon som gir pasienter pleie og behandling hele døgnet (Braut, 2018).

**Erfaring:** Erfaring er et samlebegrep på informasjon et individ erverver gjennom sansing og handling (Teigen, 2021).



## 2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Under vil vi presentere oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag gjennom relevante pasientfenomener, sykepleiers funksjon, sykepleieteori og etiske og juridiske rammer.

### 2.1 Personer med demens

Demens er en samlebetegnelse på hjernesykdommer med kognitiv svikt som følge (Helsenorge, 2022). Demens gir en kronisk kognitiv svikt, som vil gi utfordringer med å gjøre dagligdagse aktiviteter, og vil kunne gi utfordringer i det sosiale livet (Engedal & Haugen, 2018b, s. 39). Demenssykdommene deles inn i tre grupper som er primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. De primærdegenerative sykdommene kommer av en gradvis ødeleggelse av hjerneceller, og omfatter blant annet Alzheimers sykdom (Skovdahl, 2020, s. 419). Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens da omtrent 60% av personer med demens har Alzheimers sykdom (Engedal & Haugen, 2018a, s. 24). Alzheimers er progressiv og personen som er rammet vil få et stadig større fall i funksjonsnivået (Skovdahl, 2020, s. 419).

Vanlige symptomer på demens er redusert hukommelse og nedsatt læringsevne.

Talefunksjonen til personer med demens kan bli påvirket av sykdommen, noe som vil kunne ha store konsekvenser for personens evne til å kommunisere (Skovdahl, 2020, s. 422).

Demenssykdommer vil kunne gi manglende mulighet til å forstå betydningen av sanseinntrykk, hvilket kan føre til manglende forståelse for sykepleietiltak. Sykdommen vil og kunne gi atferdsmessige og psykologiske symptomer, hvilket innebærer psykotiske symptomer, endringer i stemningsleiet, angst, apati og agitasjon. Disse symptomene kan by på en rekke utfordringer for personen med demens, deres pårørende og helsepersonell (Skovdahl, 2020, s. 423).

#### 2.1.1 Kommunikasjon med personer med demens

Demens gjør det spesielt utfordrende å kommunisere på grunn av kognitiv svikt og nedsatt språklig evne. Personer med demens er dermed ofte avhengig av bistand for å få til en meningsbærende samtale (Wogn- Henriksen, 2020, s. 88). Personer med demens vil kunne oppleve både ekspressiv afasi som er svekket evne til å uttrykke seg, og impressiv afasi som er svekket evne til å forstå (Wogn- Henriksen, 2020, s. 92). Hos personer med langtkommen demens er den ikke- verbale kommunikasjonen svært viktig. Denne kan ofte fortsatt fungere

ved hjelp av for eksempel ansiktsmimikk, kroppsspråk, berøring og stemmebruk (Wogn-Henriksen, 2020, s. 94). Selv om en person med demens har vansker med å uttrykke seg, vil ofte en dypere meningsstruktur være til stede som samtalepartner kan forsøke å rekonstruere ved hjelp av ikke-verbale tegn og eventuelt noe verbal kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2020, s. 110). På bakgrunn av dette må sykepleier i kommunikasjon med en pasient med demens ved livets slutt være personsentrert gjennom å tilpasse seg hver enkelt pasient (Heyn, 2015, s. 393). Grunnet denne nedsatte evnen til å kommunisere vil det være utfordrende for sykepleier å kartlegge pasientenes symptomer i livets slutfase. Det vil derfor være av verdi å ha god kjennskap til pasientens fra tidligere for å lettere kunne identifisere symptomer i livets slutfase (Eriksen, 2020, s. 353).

## 2.2 Livets slutfase

92% av de som døde av demens i 2019, døde på sykehjem (Raknes, 2020). Av alle med langtids plass på sykehjem har 80% en demenssykdom (Strand, 2014). Omsorg og pleie for døende personer med demens utgjør derfor en sentral del av sykepleie på sykehjem. Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon som en tilnæringsmåte med hensikt å forbedre livskvalitet for både pasienten og dens pårørende i møte med livstruende sykdom. Dette gjennom å forebygge og lindre lidelse, ved hjelp av å tidlig identifisere, kartlegge, vurdere og behandle smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (World Health Organization, 2020). Palliasjon og lindrende behandling gis med dette til mennesker der det å kurere sykdom ikke lenger er mulig. Palliasjon er med det et relevant fagområde som legger føringer for behandling ved livets slutt (Eriksen, 2020, s. 342). Grunnet palliasjonens mange dimensjoner er pasienter i palliativ fase i behov av en bred tilnærming fra flere yrkesgrupper, og god samhandling gruppene imellom vil være viktig (Kaasa & Loge, 2016b, s. 36).

### 2.2.1 Symptomer ved livets slutt

I livets slutfase er optimal symptomkontroll svært viktig (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 400). Et symptom er en subjektiv opplevelse av at noe er endret ved en selv (Kåss, 2020). Personen tolker det gjerne som et ubehag og kan være enten fysisk, psykisk, sosialt eller åndelig/eksistensielt. For personer med demens kan symptomer komme til uttrykk på en svært annen måte, enn hos personer uten demens. Det er viktig for sykepleier å vite at agitasjon, apati og uro kan være uttrykk for symptomer som smerte, tørste og kvalme

(Eriksen, 2020, s. 353). Grunnet demenssykdommens svingene forløp, vil det være vanskelig å vite når personen er døende og hvor lenge personen har igjen (Eriksen, 2020, s. 347). Symptomer på nært forestående død kan være surkling, uro, angst, agitasjon, vansker med svelging, endringer i respirasjon og smerte (Eriksen, 2020, s. 355).

### 2.2.2 Symptomlindrende tiltak

Ved livets slutt vil observasjon bli svært sentralt i arbeidet med å avdekke symptomer som smerte, og smertekartleggingsverktøy vil her kunne være til hjelp. Noen verktøy baserer seg kun på observasjon, men selvrapportering skal til enhver tid ha vært vurdert før en baserer symptomlindring kun på helsepersonellens eller pårørendes observasjon (Eriksen, 2020, s. 354). Eksempler på slike kartleggingsverktøy som baserer seg på observasjoner er MOBID- 2 og Abbey Pain Scale (Husebø, 2014; Svensk Demenscentrum, 2020). Slike verktøy har vist seg å avdekke smerte i større grad enn kliniske vurderinger (Torvik, 2010). Det er viktig at svarene kartleggingsverktøyet gir, vurderes sammen med kjennskapen sykepleier har til pasienten (Eriksen, 2020, s. 354).

Symptomene som oppstår ved livets slutt, skal som hovedregel bli forsøkt lindret med pleie- og omsorgsintervensjoner (Eriksen, 2020, s. 355). Ikke-medikamentelle symptomlindrende tiltak vil derfor ansees som viktig. Under dette inngår tiltak som stillingsendring som vil kunne ha en positiv effekt på både smerter, dyspné og surkling. Endring i leie er og viktig for å forhindre trykksår, som kan gi den døende ytterligere smerter og ubehag. Munnstell burde gjennomføres regelmessig da dette er forbundet med økt velvære, nedsatt tørste, og bedret tale (Brenne & Dalene, 2016, s. 642).

Dersom ikke-medikamentelle tiltak gir utilstrekkelig symptomlindrende effekt, skal det gis legemidler forordnet av lege. Når situasjonen har kommet dit at det er avklart at personen er døende vil legen ordinere visse legemidler på eventuell ordinasjon. Dette fører til at sykepleieren ikke trenger å konferere med legen hver gang pasienten trenger ytterligere smertestillende eller beroligende legemidler (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2022). I Norge brukes betegnelsen medikamentskrin, som inneholder fire typer legemidler. Ved lindring av smerte administreres morfin, ved kvalme og uro brukes haloperidol, ved surkling brukes glycopyrrolat og mot dyspné brukes midazolam (Brenne & Dalene, 2016; Eriksen, 2020). Ved livets slutt vil det være hensiktsmessig å gå vekk fra peroral administrasjon, og heller administrere legemidler subkutant. Ved livets slutt er det vanlig at den døende enten får

en pumpe som muliggjør kontinuerlig infusjon eller får anlagt en permanent subkutan nål for administrering av legemidler (Brenne & Dalene, 2016, s. 643).

Videre er smerter et svært vanlig symptom som kan oppstå ved døden. Smertekartlegging sammen med kjennskap til pasienten vil være avgjørende for god smertelindring. Smerter kan komme til uttrykk ved rask respirasjon og puls. Den døende kan lage ulike ansiktsuttrykk og lyder som stønning og roping. Tiltak for å bedre pasientens smerter kan være alt fra endring i leie, massasje eller smertestillende legemidler. 75 % av alle pasienter ved livets slutt opplever smerter som krever behandling med opioider (Brenne & Dalene, 2016, s. 643). Alle andre tiltak og medikamenter som ikke lenger har noen hensikt, eller påfører pasienten ytterligere plager skal avsluttes (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2022).

### 2.2.3 Pårørende til personer med demens ved livets slutt

En viktig del av sykepleierens ansvarsområde ved livets slutt er ivaretagelse av pasientens pårørende. Pårørende betegnes vanligvis som nær familie, men kan og være andre omsorgsytere som venner, naboer eller frivillige (Smebye, 2020, s. 272). I de fleste tilfeller er pårørende til stede i den aktive dødsfasen. Det er viktig at sykepleieren støtter pårørende i denne situasjonen ved å være omsorgsfull, gi informasjon og være til stede (Eriksen, 2020, s. 359). Pårørende kan og sees på som en ressurs for den døende pasienten og sykepleieren. For den døende kan det være godt å ha sine nærmeste hos seg, og har med det en tryggende effekt. I tillegg er pårørende en svært viktig ressurs for adekvat symptomlindring. Pårørende kjenner som regel pasienten best, og kan ofte bidra med nyttig informasjon der pasienten selv ikke klarer å gjøre seg forstått. Pårørende kan dermed fungere som pasientens stemme i situasjoner der de opplever pasienten urolig eller smertepreget (Eriksen, 2020, s. 346).

## 2.3 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleieryrket innebærer flere ulike funksjoner og områder som danner en sykepleiers funksjons- og ansvarsområde. Kunnskapsdepartementet har utarbeidet fem funksjoner som til sammen danner hensikten med sykepleiutøvelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 4). En av disse funksjonsområdene er sykepleierens lindrende funksjon, som innebærer å minske omfanget av belastninger for pasienten gjennom å danne velvære og trygghet (Kristoffersen et. al., 2021, s. 20). Dette kan for eksempel innebære å

hjelpe pasienten i et behagelig leie, eller å gi munnstell for å minske munntørrehet (Brenne & Dalene, 2016, s. 642). I dette arbeidet må sykepleier vurdere pasientens egne opplevelse av situasjonen ut ifra både ikke- verbale og verbale tegn (Wogn- Henriksen, 2020, s. 94). En annen viktig del av den lindrende funksjonen som sykepleier er å følge opp legenes medisinske behandling, samt å administrere legemidler (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9).

## 2.4 Personsentrert omsorg

Nasjonal faglig retningslinje for demensomsorg, presiserer at virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens (Helsedirektoratet, 2022). Personsentrert omsorg innebærer å se og møte personen med demens som et unikt menneske, med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger personen (Skovdahl, 2020, s. 416).

### 2.4.1 Tom Kitwood - personsentrert, individuell omsorg

Bak tankene om personsentrert omsorg for personer med demens, står sosialpsykologen Tom Kitwood. Kitwood betegnet demens som en kompleks interaksjon mellom personens grad av nevrologiske svikt, helse og fysiske tilstand, bakgrunn/livshistorie, personlighet og sosialpsykologi (Brooker, 2013, s. 37). Denne måten å møte demens på, blir sett på som en motreaksjon til den medisinske innfallsvinkelen, hvor symptomer og funksjonssvikt blir lagt vekt på (Rokstad, 2020, s. 53). For å kunne møte denne komplekse interaksjonen demens utgjør, mente Kitwood at personsentrert omsorg var helt essensielt. For Kitwood innebar personsentrert omsorg å se hele mennesket, legge til rette for at personen får brukt sine ressurser, legge til rette for mest mulig selvstendighet og en respekt for personens identitet gjennomgående i demensforløpet (Rokstad, 2020, s. 54). Videre åpnet Kitwood opp for nye innfallsvinkler ved å legge fokus på betydningen av å møte personens grunnleggende psykologiske behov (Rokstad, 2020, s. 56). Innunder dette hører personens behov for trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon til. Kitwood mente at kjernen i de nevnte behovene, var behovet for kjærlighet. Trøst er et behov alle mennesker har og når en mottar trøst fremmer dette som regel trygghet. Ved siden av dette har trøst en lindrende funksjon på angst, ubehag, kroppslige og psykiske smerter. For personer med demens er dette et svært viktig behov å dekke fordi demenssymptomer ofte gir økt usikkerhet og angst (Kitwood, 2019, s. 92-93).

#### 2.4.2 VIPS rammeverket

Professor og psykolog Dawn Brooker utviklet et rammeverk for personsentrert omsorg. Hun mente at selv om begrepet ofte ble brukt, fantes det ikke en allmenn kjent og akseptert definisjon. På bakgrunn av blant annet Kitwoods tanker, utviklet hun VIPS-rammeverket. Rammeverket består av fire deler som må være til stede for å kunne kalle demensomsorg, personsentrert (Brooker, 2013, s. 9)

Tabell 1: VIPS-rammeverkets fire hovedelementer (Brooker, 2013, s. 9)

<b>V</b>	Verdigrunnlag
<b>I</b>	Individuell tilnærming
<b>P</b>	Personens perspektiv
<b>S</b>	Psykologiske behov

Verdigrunnlag omhandler at omsorgskulturen skal bygge på et tydelig verdigrunnlag. Dette skal sikre at personen med demens blir møtt som en unik person gjennom hele sitt sykdomsforløp, også ved livets slutt. Å etablere et felles verdigrunnlag forutsetter inkludering av både pasienten, pårørende og ansatte. Det krever ledere som går fram som et godt eksempel og er tydelige på hva personsentrert omsorg ved livets slutt innebærer, og muligheter for kompetanseutvikling for ansatte (Rokstad, 2020, s. 57).

Individuell tilnærming omhandler at omsorgen og behandlingen som gis, skal være individuelt tilpasset. Dette sikres ved å opprette en tiltaksplan basert på pasientens interesser, ressurser og behov. Det er viktig at planen evalueres og eventuelt justeres ved behov. Å ha godt kjennskap til pasienten, er en forutsetning for å kunne individuelt tilpasse omsorgen, spesielt aktuelt ved livets slutt da den døende ikke nødvendigvis er kontaktbar og kan gi uttrykk for egne behov (Helsedirektoratet, 2018; Rokstad, 2020).

Personens perspektiv omhandler at pleiepersonalet klarer å ta personen med demens sitt perspektiv. Dette forutsetter empatiske ferdigheter. Personalet må sette seg godt inn i pasientens situasjon, og agere ut fra forståelsen av hvordan personen opplever situasjonen. Ut i demensforløpet og ved livets slutt vil det være sentralt å se på personens atferd som kommunikasjon. Eksempelvis at uro kan være uttrykk for smerte (Rokstad, 2020, s. 57).

Psykologiske behov omhandler å etablere et støttende sosialt miljø. Dette kan sikres ved å inkludere familie, venner og personale (Rokstad, 2020, s. 58). Nærværet til pårørende er som regel svært viktig ved livets slutt, og kan ha en tryggende og beroligende effekt på den døende (Eriksen, 2020, s. 346)

## 2.5 Etiske og juridiske rammer

En sykepleier skal ved livets slutt for personer med demens følge de etiske og juridiske rammene yrkesutøvelsen innebærer (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

### 2.5.1 Fire etiske prinsipper i sykepleie

Det er fire etiske prinsipper som blir ansett som grunnleggende i helsefaglig etikk (Lillemoen, 2015, s. 305). Velgjørhetsprinsippet innebærer en tanke om å gjøre det beste for pasienten ut ifra egne evner, hvilket innebærer at sykepleier må benytte sin egen kompetanse for å utøve god sykepleie, samt be om bistand ved manglende kompetanse (Nortvedt, 2016, s. 96).

Ikke- skade prinsippet har som formål å unngå at pasienten blir feilbehandlet eller utsatt for dårlig praksis, samt et mål om å lindre pasientens smerter og ubehag. Sykepleier må på bakgrunn av dette forsøke å iverksette sykepleietiltak for å lindre den enkeltes pasients smerter og ubehag ved livets slutt (Nortvedt, 2016, s. 97). Autonomiprinsippet innebærer at mennesker blir ansett som selvbestemmende, og at sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ytre egne behov. I demensomsorgen og ved livets slutt innebærer dette at pasientens uttrykk skal tolkes og vurderes, slik at pasientens egne oppfattelse av behov ivaretas og respekteres (Nortvedt, 2016, s. 98). Rettferdighetsprinsippet innebærer at pasienter skal ha den samme retten til helsehjelp og omsorg (Nortvedt, 2016, s. 99). For å utøve pleie ved livets slutt til personer med demens er det viktig å ha tilstrekkelig med ressurser. Dette slik at både pasienten i livets slutfase, og resterende pasienter på avdelingen får den pleien og omsorgen de har behov for uten at ressursknapphet begrenser dette (Stubberud, 2018, s. 23).

### 2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere baserer seg på respekten for hvert enkelt persons liv og verdighet. Til grunn for sykepleieutøvelsen skal det ligge omsorg og barmhjertighet for

pasientene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Med fokus på symptomlindring av personer med demens i livets slutfase trekker vi frem disse retningslinjene som aktuelle:

- *“1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.”*
- *“1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.”*
- *“2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.”*
- *“2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.”*
- *“3.3 Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet.”*

(Norsk sykepleierforbund, 2019)

### 2.5.3 Lovverk

Sykepleier har et selvstendig ansvar for å sørge for at yrkesutøvelsen er i henhold til lovverket (Molven, 2015, s. 70). Det vil på bakgrunn av dette være viktig at sykepleier har kunnskap om lovverkets innhold ved symptomlindring av personer med demens ved livets slutt.

Det følger av helsepersonelloven § 4 første ledd at helsepersonell skal opptre faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp. Videre følger det av andre ledd at der helsepersonell ser det som nødvendig skal bistand fra kvalifisert helsepersonell innhentes (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Hvilket vil si at sykepleier i livets slutfase må utøve faglig forsvarlig sykepleie ut ifra egen kompetanse om pleie ved livets slutt, og innhente bistand ved manglende kompetanse.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 at hensikten med loven er å “fremme et tillitsforhold mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Dette innebærer at sykepleier i pleien av pasienten med demens i livets slutfase må vise respekt for pasientens liv, integritet og



menneskeverd, hvor personsentrert sykepleie vil være sentralt (Rokstad, 2020, s. 54). Etter § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til medvirkning. Det følger her av tredje ledd at hvis pasienten ikke er samtykkekompetent kan pasientens nærmeste pårørende være med på å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette er relevant da personer med langtkommen demens ofte ikke har samtykkekompetanse, og pårørende vil dermed være viktige i medvirkningen av pleie og omsorg av pasienten i livets slutfase (Eriksen, 2020, s. 360).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet gjennomgås bacheloroppgavens metode og søkeprosess. Deretter presenteres utvalgte forskningsartikler og annen relevant fag- og forskningslitteratur.

### 3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en syntese og analyse av allerede publisert forskning relevant for valgt problemstilling. Forfatteren av en litteraturstudie har som hovedoppgave å analysere studier for å kunne beskrive samlet kunnskap om et tema og trekke konklusjoner av klinisk relevans. Det er vanlig å bruke litteraturstudie som metode på akademiske oppgaver på bachelor- og masternivå i blant annet sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og folkehelse (Popenoe et al., 2021, s. 175).

### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Personer med demens	
Livets slutfase	
Omhandler sykepleiers erfaringer	Omhandler annet helsepersonell, pårørendes eller pasientens erfaringer
Sykehjem	Sykehus, hospice, hjemmesykepleie
Land med overføringsverdi til Norge	Land med ulik kultur og samfunnsstruktur
Fagfellevurdert forskningsartikkel	
IMRaD struktur	

Inklusjonskriteriene våre innebærer at forskningsartiklene må omhandle sykepleieres erfaringer med personer med demens i livets slutfase. Dette for å finne relevant forskning for å besvare problemstillingen. Videre må forskningsartiklene være gjort på sykehjem, dette da en stor andel sykehjemsbeboere med demens dør på sykehjem (Raknes, 2020). Kulturell forståelse vil kunne påvirke forståelsen av demenssymptomer. Et inklusjonskriterie er derfor at forskningsartiklene må være gjort i land med lignende kultur og samfunnsstruktur som Norge, dette for å sikre kunnskap som er overførbart til norsk praksis (Hanssen, 2020, s. 33).

Inklusjonskriteriene for litteratursøket er fagfellevurderte forskningsartikler, dette for å sikre at artiklene er kvalitetsvurdert (M. Nortvedt et al., 2021, s. 200). Artiklene må også følge IMRaD- strukturen som kjennetegner oppbyggingen av en vitenskapelig artikkel (M. Nortvedt et al., 2021, s. 77).

Vi har anvendt den vitenskapelige databasen CINAHL og emneordene vi har brukt er et resultat av meningsbærende ord uthentet fra problemstillingen vår. Vi har benyttet oss av ulike synonymer for sykehjem og livets slutfase. Dette for å inkludere flere artikler. Vi forsøkte først å søke med emneord som “Nurse attitudes” og “Nursing knowledge” i tillegg til de nevnte søkeordene i tabellen under. Vi fant da ikke tilstrekkelig med resultater og valgte derfor å ikke bruke dette som emneord i søket. Vi har avgrenset til forskning som ikke er eldre enn 10 år, for å finne oppdatert forskning (Axelsson, 2012, s. 210). Artiklene må være publisert på engelsk for å unngå feiltolkninger (Axelsson, 2012, s. 218).

Tabell 3: Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 02/11-22
Søkeord og kombinasjoner	Terminally Ill Patients OR Palliative Care AND Residential Facilities OR Nursing Home Patients OR Nursing Homes OR Long Term Care AND Dementia
Avgrensninger i søket	Siste 10 år, på engelsk.
Antall treff totalt	176
Antall gjennomleste titler	176
Antall gjennomleste abstrakt	48
Antall gjennomleste fulltekstartikler	12
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	Ikke aktuelt

Inkludert artikkel nummer 1	De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. <i>Journal of clinical nursing</i> , 26(9-10), 1234–1244. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13442">https://doi.org/10.1111/jocn.13442</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC nursing</i> , 20(1), 48. <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7">https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Pennbrant, S., Hjorton, C., Nilsson, C., & Karlsson, M. (2020). "The challenge of joining all the pieces together" - Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. <i>Journal of clinical nursing</i> , 29(19-20), 3835–3846. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.15415">https://doi.org/10.1111/jocn.15415</a>
Inkludert artikkel nummer 4	Thompson, G. N., & McClement, S. E. (2019). Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. <i>BMC nursing</i> , 18, 59. <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5">https://doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5</a>

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Vi har benyttet fagbøker fra tidligere pensumlister og annen relevant litteratur for å besvare problemstillingen. Vi har benyttet tidligere pensum med relevans til problemstillingen. I relevante emner for vår problemstilling har blant annet bøkene “Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie” (Grovs & Holter, 2015) og “Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten” (Kirkevold et al., 2020) blitt benyttet, og disse bøkene er brukt for å beskrive relevant teori for vår problemstilling.

For å finne annen relevant litteratur har vi benyttet oss av søkemotoren Oria. En stor del av teorien er basert på Rokstad og Smebye sin bok, “Personer med demens: møte og samhandling”. Denne er benyttet da den omhandler relevante temaer som personsentrert demensomsorg og lindrende pleie. Boken er utgitt i 2020, og inneholder dermed ny kunnskap innenfor tema. Redaktørene av boken, er begge to viktige bidragsytere i litteraturen om demensomsorg (Rokstad & Smebye, 2020). Ved siden av Rokstad og Smebye sin bok, har vi benyttet oss av Dawn Brooker sin bok, “Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester” for å ytterligere beskrive personsentrert omsorg i lys av Kitwoods teori (Brooker, 2013). “Palliasjon: Nordisk lærebok” av Kaasa og Loge, er blitt benyttet for å beskrive relevant teori (Kaasa & Loge, 2016a).

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres de utvalgte forskningsartiklene i en matrise, dernest beskrives hovedfunn fra forskningsartiklene i en syntese.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	De Witt Jansen et al., 2016, Storbritannia	Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study	Å undersøke sykepleiernes erfaring med smertelindring til personer med langtkommen demens i livets siste måned på hospice, akutt avdeling og sykehjem.	Kvalitativ studie gjennom å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer.	Tre kjerneelementer ble identifisert: utfordringer med administrering av smertestillende, viktigheten av samarbeid mellom sykepleier og lege og muligheter for læring og utvikling.	Benyttet kvalitativ sjekklister, hvor artikkelen skårer 10 av 10 poeng.
CINAHL	Lundin & Godskesen, 2021, Sverige	End-of-life care for people with advanced dementia and pain; a qualitative study in Swedish nursing homes	Beskrive sykepleiernes erfaring rundt pleie og omsorg for mennesker med langtkommen demens og smerter ved livets slutt	Kvalitativ studie gjennom å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer.	Sykepleiere beskrev utfordringer med kommunikasjon, relasjon og organisatoriske utfordringer. Kommunikasjon med pasienter med langtkommen demens ble beskrevet som en stor utfordring og førte til usikkerhet ved resultatene av smertekartlegging. Videre beskrev sykepleierne vanskeligheter med å skille mellom smerte og angst/uro og usikkerhet ved administrering av morfin. Viktigheten av sykepleierens samarbeid med pårørende og forholdet til pasienten ble adressert.	Benyttet kvalitativ sjekklister, hvor artikkelen skårer 10 av 10 poeng.

CINAHL	Pennbrant et al., 2020, Sverige	“The Challenge of joining all the pieces together”- Nurses experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged units	Beskrive sykepleiernes erfaring med palliativ pleie for eldre mennesker med langtkommen demens på eldreomsorgs avdelinger.	Kvalitativ studie gjennom å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer.	Sykepleierne mente at palliativ pleie for eldre pasienter med demens er svært komplekst. Sykepleierne identifiserte tre hovedutfordringer for optimal pleie: spesialisert kunnskap, samarbeid og sykepleierens forhold til pasienten.	Benyttet kvalitativ sjekkliste, hvor artikkelen skårer 10 av 10 poeng.
CINAHL	Thompson & McClement, 2019, Canada	Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia	Å undersøke og beskrive profesjonell omsorg til den enkelte pasient med demens i livets slutfase fra en sykepleiers og helsefagarbeiders perspektiv.	Kvalitativ studie; fortolkende beskrivelse. Informasjon ble innhentet via semi-strukturerte intervjuer.	Seks viktige punkter for pleie av personer med demens i livets slutfase ble identifisert: 1 gjenkjenne og reagere på endringer i en beboers atferd, 2 være til stede hos pasienten, 3 samarbeid med familie, 4 samarbeid, 5 tilstedeværelse etter dødsfallet og 6 positiv holdning til omsorg for døende.	Benyttet kvalitativ sjekkliste, hvor artikkelen skårer 9 av 10 poeng.

## 4.2 Syntese av resultatene

Funnene i forskningsartiklene indikerer at symptomlindring til personer med demens i livets slutfase er komplekst og utfordrende for sykepleiere. I studiene presiseres det at utøvelse av personsentrert sykepleie er av stor betydning for å oppnå adekvat symptomlindring ved livets slutt. Personer med demens har nedsatt evne til å uttrykke seg og til å forstå. På bakgrunn av dette erfarte sykepleierne at kartlegging basert på observasjoner var nyttig. Videre erfarte sykepleiere at pårørende var en viktig ressurs, da de har god kjennskap til personen.

Sykepleierne erfarer at det viktigste er at pasienter med demens i livets slutfase har det komfortabelt og ikke lider. Pasienter som var alene ble ofte ensomme, og tilstedeværelse av pårørende eller helsepersonell vil kunne ha en tryggende effekt. Samarbeid med annet helsepersonell blir trukket frem som vesentlig for helhetlig omsorg og tilstrekkelig symptomlindring. I studiene erfarte sykepleierne at tilstrekkelig kunnskap og erfaring om palliasjon og symptomlindring ved livets slutt var svært viktig.



## 5.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er “Hvilke erfaringer har sykepleiere med symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase på sykehjem?”. I dette kapitlet blir resultater diskutert opp mot relevant teori. Videre i kapitlet vil vi diskutere styrker og svakheter ved egen metode og utvalgte forskningsartikler.

### 5.1 Resultatdiskusjon

I dette underkapitlet vil vi ved hjelp av forsknings- og faglitteratur diskutere sykepleiernes erfaringer med symptomlindring av pasienter med demens på sykehjem. Hovedfunnene er styrende for resultatdiskusjonens oppbygning. I denne delen av oppgaven trekker vi fram seks ulike hovedpunkter som vektlegges i de aktuelle forskningsartiklene, hvilket er erfaringer med personsentrert omsorg, kommunikasjon, pårørende, symptomkartlegging, symptomlindrende tiltak og samarbeid med annet helsepersonell, kunnskap og kompetanseutvikling. Disse diskuteres sett sammen med relevant teori og litteratur.

#### 5.1.1 Personsentrert omsorg

Sosialpsykologen Tom Kitwood presiserte at personsentrert omsorg var helt essensielt for å kunne gi god omsorg til pasienter med demens (Rokstad, 2020, s. 54). Nasjonal faglig retningslinje for demensomsorg anbefaler at omsorg bygger på prinsipper for personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2022). I studien til Pennbrant et al. (2020) fremkommer det at sykepleierne erfarte at det å kjenne pasienten er avgjørende for god symptomlindring ved livets slutt. For å kunne oppnå en slik kunnskap måtte sykepleierne bruke tid med pasienten og lære seg å kjenne pasienten som noe mer enn en pasient (s. 3841).

Ved å kjenne pasienten fra tidligere erfarte sykepleierne i studien til Lundin & Godskesen (2021) at det var enklere å vurdere symptomer på smerte, basert på oppførsel. Sykepleierne beskriver at dersom en ikke kjenner pasienten fra før av, vil det være vanskelig å vurdere om oppførselen til pasienten er normal eller avvikende (s. 4). Ifølge dette perspektivet kan det hevdes at det trengs personsentrert omsorg for å sørge for god symptomlindring ved livets slutt. Det kan av den grunn argumenteres for at funnene i studien støtter oppunder Brookers VIPS rammeverk for personsentrert omsorg, hvor individuell tilnærming og dermed sykepleierens kjennskap til pasienten blir fremhevet som svært viktig (Rokstad, 2020, s. 57). Overordnet målsetning på sykehjem er å gi pleie og omsorg av god kvalitet, som er individuelt tilpasset den enkelte pasient (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Det kan av den

grunn argumenteres for at sykehjem som arena vil kunne være en fordel, dette fordi gjennomsnittlig botid på sykehjem er 2 år. Det er av den grunn større muligheter for sykepleier å bli godt kjent med pasienten (Kjelvik & Jønsberg, 2017, s. 1).

Personsentrert omsorg er derimot avhengig av en pleiekultur med klar personsentrert ideologi. Dette forutsetter dedikerte og engasjerte sykepleiere, og ledere. En pleiekultur består av både interne faglige rutiner og uskrevne regler utviklet på den enkelte institusjon. Sammen utgjør dette grunnlaget for pleie og dermed en forutsigbarhet rundt arbeidet for de ansatte. Ved omfattende endring ved en pleiekultur, vil det være viktig at de ansattes trygghet og forutsigbarhet ivaretas da mange vil velge å holde fast ved det kjente. Dette vil derfor kunne være et hinder for viktig faglig utvikling og etablering av personsentrert omsorg (Rokstad, 2020, s. 62). Å sørge for en pleiekultur med tydelig personsentrert verdigrunnlag, presiseres i VIPS rammeverket som helt essensielt for å sikre at pleie til personer med demens er personsentrert (Rokstad, 2020, s. 57).

### 5.1.2 Kommunikasjon

I studien til De Witt Jansen et al. (2016) erfarte sykepleierne at pasienter med demens hadde svekkede kommunikasjonsevner som vanskeliggjorde kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient (s. 1238). For å fylle sykepleierens lindrende funksjon er det sentralt å ha kommunikasjon med pasienten for å kartlegge pasientens behov for lindring (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). I studien til Thompson og McClement (2019) erfarer sykepleierne at en viktig del av å vurdere symptomer var å se de verbale og de ikke- verbale tegnene sammen. Sykepleierne erfarte her at de ikke- verbale tegnene var essensielle i oppfattelsen av ubehag hos pasienter med demens i livets slutfase (s. 6). Dette samsvarer med litteraturen hvor det fremkommer at personer med demens ofte har en dypere meningsstruktur selv om de har en svekket kommunikasjonsevne. Hvilket sykepleier kan få verdifull informasjon om gjennom observasjon av ikke- verbale tegn (Wogn- Henriksen, 2020, s. 110). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at sykepleierne erfaringer er i tråd med faktoren personens perspektiv i VIPS- rammeverket for å oppnå personsentrert omsorg. Dette da sykepleier må sette seg inn i pasientens perspektiv gjennom å tolke atferd som kommunikasjon (Rokstad, 2020, s. 57). Dette tilsier at personsentrert omsorg er svært viktig for å oppfatte pasientens behov, da slike ikke- verbale uttrykk må tolkes ut ifra den enkelte pasient (Rokstad, 2020, s. 54). På den andre siden vil dette kunne være utfordrende grunnet organisatoriske utfordringer. Sykepleierne erfarte i studien til Lundin og Godskesen (2021) at underbemanning, begrenset

med tid og stor arbeidsmengde var til hinder for en god kommunikasjon og relasjon med pasienter med demens i livets slutfase (s. 5).

I studien til Lundin og Godskesen (2021) erfarte sykepleierne at pasienter med demens hadde utfordringer med å gi uttrykk for deres smerte. Hvilket gjorde det krevende for sykepleierne å vurdere om pasienten hadde oppnådd ønsket effekt av smertelindringen (s. 3-4). Videre erfarte sykepleierne at mangel på kompetanse utfordret deres mulighet til å gi god palliativ pleie til pasienter med demens i livets slutfase (s. 5). Sykepleier må da velge det som fremstår som best for pasienten, hvilket kan oppfattes som en subjektiv avgjørelse basert på sykepleierens kunnskap (Eriksen, 2020, s. 354). Dette er i tråd med velgjørhetsprinsippet om at sykepleier skal gjøre det beste for pasienten ut ifra egne evner, hvilket også følger av kravet til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven (Nortvedt, 2016; Helsepersonelloven, 1999, § 4). På den andre siden følger det av autonomiprinsippet at pasienten har rett til medbestemmelse. Dette prinsippet står i fare for å ikke bli oppfylt da sykepleiers oppfattelse av pasientens uttrykk ikke alltid vil være korrekt, og det kan dermed oppstå feiltolkninger av pasientens behov (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 2). Sykepleier kan her innhente bistand fra annet helsepersonell ved manglende kunnskap, hvilket vil kunne sikre en bedre forståelse for pasientens behov (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Norsk Sykepleierforbund, 2019).

### 5.1.3 Pårørende

I tre av de utvalgte studiene fremkommer det at sykepleierne så på pårørende som en svært viktig ressurs i kartleggingen av symptomer og dermed symptomlindring av pasienten (Lundin & Godskesen, 2021; Pennbrant et al., 2020; Thompson & McClement, 2019). Pårørende blir i studien til Thompson og McClement (2019) beskrevet som en ekspert og en viktig kilde til informasjon om pasienten, og i studien til Lundin og Godskesen (2021) erfarer sykepleierne at pårørende var en ressurs for å kunne tolke hva som lå bak pasientens oppførsel. Erfaringene beskrevet over er i overensstemmelse med VIPS rammeverkets siste punkt om psykologiske behov, som baserer seg på å etablere et støttende miljø rundt personen, herunder å inkludere pårørende i pleien av den døende pasienten for å sikre helhetlig og personsentrert sykepleie (Rokstad, 2020, s. 57). En kan videre argumentere for at det samarbeidet som foregår med pårørende på sykehjem er unikt. Dette fordi pårørende ofte følger opp sine nærmeste svært tett etter at de flytter inn på sykehjem. Pårørende får med det også en sterkere relasjon til sykepleieren ettersom det knyttes mer bekjentskap til hverandre underveis (Eriksen, 2020, s. 362).

Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer har en sykepleier ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. I dette vil samarbeid med og omsorg for pasientens pårørende være en sentral del (Norsk sykepleierforbund, 2019). I pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, presiseres det at dersom pasienten ikke er samtykkekompetent kan deres nærmeste pårørende være med å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Derimot omfatter helhetlig omsorg mer enn å ta pårørendes meninger med i vurderingen av symptomer. Samarbeid med pårørende er ikke alltid enkelt, pårørende kan både være uenige seg imellom om videre behandling og uenig i sykepleiers vurderinger av deres nærmeste (Eriksen, 2020; Lundin & Godskesen, 2021). I studien til Pennbrant et al. (2020) erfarer sykepleierne at noe av det vanskeligste i møte med pårørende, er når de selv ikke aksepterer at deres nærmeste nærmer seg livets slutt. Hvor pårørende etterspør behandling som ikke lenger vil være til nytte og heller skape større ubehag hos den døende (s. 3842). I studien til Lundin & Godskesen (2021) erfarer sykepleiere at pårørende ville at deres nærmeste skulle få administrert mer morfin enn det sykepleieren vurderte basert på sine egne vurderinger ville gi (s. 5). En kan derfor argumentere for at pårørendes vurdering i mange tilfeller er påvirket av deres nære relasjon til pasienten. Det er viktig at helsepersonell får medvirke i slike situasjoner som blir beskrevet over, da pårørende ikke nødvendigvis har den kunnskapen til å forstå kompleksiteten bak symptomlindring (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 400) Av dette kan vi lære at informasjon til pårørende om dødsprosessen, forventede forandringer, symptomer og symptomlindring og bakgrunn for beslutninger vil være helt nødvendig å informere om (Eriksen, 2020, s. 360). På den måten kan pårørende ta informerte valg, og ha større forståelse for prosesser omkring den døende og sykepleierens arbeid.

#### 5.1.4 Symptomkartlegging

Kartlegging av symptomer hos pasienter med demens i livets slutfase gjøres ofte ved hjelp av observasjoner basert på de som omgår pasienten. I dette inngår sykepleiere, leger, helsefagarbeidere, assistenter og pårørende (Eriksen, 2020, s. 355). Hvilket sammen kan danne et helhetlig bilde av pasientens symptomer (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 266). I tre av de utvalgte studiene kommer det frem at å fange opp endringer i atferd var viktig for tilstrekkelig kartlegging (Lundin & Godskesen, 2021; Pennbrant et al., 2020; Thompson & McClement, 2019). Pasienter med demens har nedsatte evne til å uttrykke symptomer, hvilket fører til at utfordrende atferd som motstand ved stell, klyping, kloring og dytting kan være

uttrykk for smerter eller ubehag. Slik utfordrende atferd blir ofte mistolket hvilket fører til at pasientene ikke blir kartlagt tilstrekkelig, og dermed ikke oppnår tilstrekkelig symptomlindring (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 266). I tre av studiene fremkommer det at for å kartlegge tilstrekkelig er det en vesentlig faktor at sykepleier hadde tidligere kjennskap til pasienten for å ha et sammenligningsgrunnlag (Lundin & Godskesen, 2021; Pennbrant et al., 2020; Thompson & McClement, 2019). Det fremkommer av studien til Pennbrant et al. (2020) at sykepleierne erfarte det utfordrende å forstå pasientens mange uttrykk, spesielt utfordrende atferd, og at nok kunnskap og erfaring var avgjørende for å kunne gjøre en tilstrekkelig vurdering (Pennbrant et al., 2020, s. 3840). En slik utfordring blir og presentert i studien til Lundin og Godskesen (2021) ved at sykepleierne erfarte det vanskelig å skille mellom symptomer på angst og smerter (s. 4). Det følger av yrkesetiske retningslinjer punkt 2.10 at sykepleier skal “yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Da sykepleierne i studien erfarer det utfordrende å kartlegge symptomer gir dette en usikkerhet om hvorvidt sykepleierne klarer å tilstrekkelig symptomlindre pasienten.

Kartlegging av smerter er spesielt utfordrende hos personer med demens i livets slutfase grunnet manglende evne til selvrapporing (Eriksen, 2020, s. 358). Selvrapporing av smerte skal alltid forsøkes før kartleggingsverktøy benyttes (Torvik & Sandvik, 2020, s. 403). Dette følger og av studien til Lundin og Godskesen (2021) hvor første steg var selvrapporing, og deretter observasjoner (s. 3-4). Dette samsvarer med VIPS- rammeverket om personens perspektiv hvor pasientens perspektiv skal vektlegges for at pleien skal være personsentrert (Rokstad, 2020, s. 57). Videre fremkommer det av studien til Lundin og Godskesen (2021) at mesteparten av sykepleierne benyttet seg av Abbey Pain Scale assessment tool (s. 4). Hvilket er et kartleggingsverktøy for å vurdere smerter hos pasienter med kognitiv svikt (Svensk Demenscentrum, 2020). Det var og noen sykepleiere som ikke benyttet kartleggingsverktøy, og heller vurderte smerte ut ifra intuisjon (Lundin & Godskesen, 2020, s. 4). Imidlertid kan det argumenteres for at kartleggingsverktøy bør benyttes da det har vist seg å bidra til en strukturert vurdering (Ludvigsson et al., 2020). Et eksempel er smertekartleggingsverktøyet MOBID- 2 som baserer seg på observasjoner ved stell og påkledning, og som har vist seg å være effektivt i vurderingen (Husebø et al., 2014). En studie gjort i Norge viser at sykepleiere som benyttet seg av observasjonsbaserte skjemaer avdekket smerte oftere enn dersom sykepleierne benyttet seg av klinisk skjønn (Torvik, 2010). Det er imidlertid viktig å huske på at slike verktøy er testet på gruppenivå, og benyttes på individnivå. Det er derfor viktig at sykepleier ved bruk av slike kartleggingsverktøy ser på

det helhetlige bildet i form av personsentrert sykepleie for at vurderingen skal være tilstrekkelig (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406).

#### 5.1.5 Symptomlindrende tiltak

Det følger av de yrkesetiske retningslinjene at “sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse”, hvilket innebærer at pasienter ved livets slutt skal være tilstrekkelig symptomlindret (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Videre er en del av sykepleiers lindrende funksjon å igangsette symptomlindrende tiltak (Brenne & Dalene, 2016, s. 642).

Utgangspunktet for denne pleien er å først forsøke pleie- og omsorgstiltak, deretter kan medikamentelle tiltak igangsettes av behandlende lege (Eriksen, 2020, s. 355). I studien gjort av Pennbrant et al. (2020) erfarer sykepleierne at det viktigste er at pasienter med demens i livets slutfase har det komfortabelt og ikke lider (s. 3842). Videre vektlegger sykepleierne i denne studien viktigheten av personsentrert omsorg, da de erfarte at dette førte til bedre samarbeid med pasienten under sykepleietiltak (Pennbrant et al., 2020, s. 3841).

Sykepleierne i studien til Thompson og McClement (2019) trakk frem tiltak som stell, munnstell og endring i leie som viktige tiltak (s. 7). I studien til Lundin og Godskesen (2021) erfarte sykepleierne at pasienter som var alene ofte ble ensomme, noe som kunne føre til en økt fysisk og psykososial smerte (s. 5). Sosiale tiltak som da kan igangsettes kan være tilstedeværelse av pårørende eller helsepersonell som vil gi en tryggende effekt (Eriksen, 2020, s. 356). Dette tilsier at pasienter med demens i livets slutfase bør ha hyppige tilsyn. Dette er i tråd med VIPS- modellens element om psykologiske behov og Kitwoods teori om at trøst har en lindrende funksjon (Eriksen, 2020; Rokstad, 2020). Dette tilsier at trøst er et viktig behov å dekke for pasienter med demens (Rokstad, 2020, s. 54). Dette kan gi organisatoriske utfordringer da sykepleiere ofte har begrenset med tid (Stubberud, 2018, s. 23). Dette vil og kunne komme i konflikt med rettferdighetsprinsippet, da andre pasienter vil kunne få mindre pleie som en konsekvens (Nortvedt, 2016, s. 99).

Smerte er et vanlig symptom ved livets slutt hos pasienter med demens (Eriksen, 2020, s. 358). Av medikamentelle tiltak er her administrering av morfin mot smerter en del av medikamentskrinet til bruk ved livets slutt (Eriksen, 2020, s. 355). I studien til Lundin og Godskesen (2021) kom det frem at sykepleierne administrerte morfin basert på intuisjon, og sykepleierne opplevde det utfordrende å finne riktig dose mellom adekvat symptomlindring og respirasjonsdepresjon (s. 4). Respirasjonsdepresjon er utilstrekkelig respirasjon, hvilket er

en kjent doseavhengig bivirkning av morfin (Felleskatalogen, 2022). For å sikre en bedre smertelindring vil det her være hensiktsmessig å benytte seg av kartleggingsverktøy, da kartleggingsverktøy har vist seg å være mer effektiv enn bruk av klinisk skjønn ved smertelindring (Torvik, 2010). En annen utfordring som trekkes frem i studien til De Witt Jansen et al. (2016) er at mange av sykepleierne opplevde at pasienter motsa seg medikamenter. Pasientenes svekkede evne til å kommunisere førte også til vanskeligheter for sykepleier til å forklare hensikten med medikamentet (s. 1238). Dette kan anses å være i strid med pasientens autonomi og selvbestemmelse, da pasienten gir uttrykk for å ikke ønske medikamenter (Nortvedt, 2016, s. 98). På den andre siden kan det være at pasienten ikke innehar forståelse for hensikten med medikamentadministreringen, og dermed ikke har innsikt i at medikamentet vil kunne ha en lindrende effekt (De Witt Jansen et al., 2016, s. 1238).

#### 5.1.6 Samarbeid, kunnskap og kompetanseutvikling

Symptomlindring ved livets slutt innebærer mange ulike dimensjoner. Det er av den grunn nødvendig med tilnærming fra ulike yrkesgrupper (Kaasa & Loge, 2016b, s. 36). Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal innhente bistand der det er nødvendig og yrkesutøvelsen skal skje i samhandling med annet helsepersonell ved behov (Helsepersonelloven, 1999). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har også sykepleiere et personlig ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig forsvarlig, og å søke veiledning hos andre der egen kompetanse ikke strekker til (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I alle fire utvalgte artikler beskrives samarbeid med annet helsepersonell som både en styrke og utfordring for adekvat symptomlindring (De Witt Jansen et al., 2016; Lundin & Godskesen, 2021; Pennbrant et al., 2020; Thompson & McClement, 2019). I studien til Thompson & McClement (2019) erfarer sykepleierne at samarbeid med andre sykepleiere var svært nødvendig. En av sykepleierne i studien trakk fram hvordan samarbeid med andre førte til en tydelig oppgavefordeling basert på hva hver og en hadde kunnskap om, som igjen førte til bedre symptomlindring av den døende (s. 9).

Kjernen i et godt samarbeid bygger på likeverd, likestilling og makt. En gjensidig respekt for at hver profesjon har noe unikt å bidra med og hver enkelte profesjons tilstedeværelse er nødvendig for god pleie ved livets slutt (Nielsen & Larsen, 2015, s. 85). I studien til De Witt Jansen et al. (2016) beskriver sykepleierne varierende erfaring i samarbeidet med lege. Dersom legen hadde tillit til observasjonene sykepleieren gjorde, førte dette til bedre

samarbeid om og symptomlindring for den døende. En kan av den grunn argumentere for at tillit profesjonene imellom er avgjørende for godt samarbeid og symptomlindring. På den andre siden trekker sykepleierne fram at dårlig kommunikasjon var årsak til inadekvat symptomlindring av den døende. En av sykepleierne forklarer at det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon om pasienten, som for eksempel at pasienten er i behov av medisiner subkutant (s. 1239).

VIPS rammeverkets første punkt presiserer at omsorgskulturen skal bygge på et tydelig verdigrunnlag for å kunne kalles personsentrert. For å sikre et tydelig verdigrunnlag krever dette muligheter for kompetanseutvikling (Rokstad, 2020, s. 57). I studien til Lundin & Godskesen (2021) fremkommer det at for å kunne gi god symptomlindring må sykepleieren ha god kjennskap til pasienten og en kan på bakgrunn av dette argumentere for at personsentrert sykepleie er nødvendig for god symptomlindring (s. 4). Videre erfarer sykepleierne at mangel på kunnskap og kompetanse hos helsepersonell var en hindring for god palliativ pleie og symptomlindring ved livets slutt. En sykepleier erfarer at det særlig er mangel på relasjonell kompetanse som førte til suboptimal symptomlindring. Sykepleieren forklarer at dersom helsepersonell selv oppfører seg rolig og ikke uttrykker stress foran pasienten, opplever sykepleierne at den døende selv er mindre urolig og har mindre smerter (Lundin & Godskesen, 2021, s. 6). I to av studiene erfarer sykepleierne også at mangel på kunnskap om symptomlindring og den palliative fasen vanskeliggjorde symptomlindringen (De Witt Jansen et al., 2016; Pennbrant et al., 2020). Ifølge dette perspektivet kan det argumenteres for at kompetanseheving er en viktig faktor for god symptomlindring av den døende.



## 5.2 Metodediskusjon

I dette underkapittelet vil vi ta for oss styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode, litteratursøk og utvelgelse av artikler. Videre diskuterer vi styrker og svakheter ved de utvalgte forskningsartiklene.

### 5.2.1 Litteraturstudie

I bacheloroppgaven har vi benyttet litteraturstudie som metode, da dette var et krav til gjennomføringen av oppgaven. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra eksisterende litteratur, gjennom å innsamle litteratur og deretter kritisk vurdere litteraturen. Avslutningsvis sammenfattes funnene (Thidemann, 2019, s. 77). Litteraturstudiens hensikt omfatter å belyse kunnskap ut fra det problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s. 78). Litteraturstudie er for å besvare vår problemstilling for å besvare vår problemstilling et nyttig studiedesign da det finnes store mengder forskningsartikler på området, og det vil dermed være et behov for en oversikt over relevante artikler (Axelsson, 2012, s. 205). Dette kan og begrunnes i kravet om kunnskapsbasert praksis, ved at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Avslutningsvis legger oppgaven føringer for arbeidet, da maks antall inkluderte artikler kunne være 4-6 og søket skulle i hovedsak gjennomføres i databasen CINAHL. Potensielt sett kunne en gjort et bredere søk, men ut ifra oppgavens føringer var ikke dette mulig.

### 5.2.2 Litteratursøk

Ved gjennomføringen av vårt strukturerte søk ble emneordene valgt ut basert på meningsbærende ord fra problemstillingen. Dette for å finne relevante forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Ved søket ble det ikke benyttet emneord som favnet sykepleiers erfaringer, noe som vi anser som en svakhet ved søket. Dette skyldes at det var få artikler om sykepleiers erfaringer som var indeksert med et slikt emneord. Et inklusjonskriterie var dermed at forskningen skulle omhandle sykepleiers erfaringer. Ved søk i CINAHL fikk vi 176 treff på forskningsartikler. Et høyt antall treff førte til muligheter for flere artikler å velge mellom, noe vi anser som en styrke. Derimot førte dette til en tidkrevende prosess ved utvelgelse av artikler (Axelsson, 2012, s. 209). Gjennom søk i CINAHL benyttet vi emneord. En svakhet ved dette er at ved å benytte emneord er det en fare for at den nyeste forskningen ikke kommer med i søket, da det vil ta noe tid før ny forskning er indeksert med emneord (Axelsson, 2012, s. 210).

### 5.2.3 Utvelgelse av artikler

Da kulturell forståelse vil kunne påvirke forståelsen av demenssymptomer anser vi det som en fordel å ha som et inklusjonskriterie at litteraturstudien var gjort i land med lignende kultur og samfunnsstruktur som Norge (Hanssen, 2020, s. 33). På den andre siden kan vi med dette inklusjonskriteriet ha utelukket annen relevant forskning som kunne hatt delvis overføringsverdi. Artikkelen er gjennomgått strukturert. Denne prosessen førte til gjennomlesning av alle titler i søket, deretter abstrakt dersom tittel virket relevant, noe vi anser som en styrke ved utvelgelsen av artikler. Dersom den videre fremstod relevant leste vi den fulle teksten. Likevel kan denne strukturerte gjennomgangen av titler ha utelukket andre relevante artikler dersom tittelen ikke ga tydelig uttrykk for forskningsartikkelens innhold (Axelsson, 2012, s. 210). Et inklusjonskriterie var at forskningsartikkelen skulle omhandle sykepleiers erfaringer. En av artikkelen omhandler både helsefagarbeidere og sykepleieres erfaringer. Vi har likevel valgt å benytte artikkelen da det fremkommer tydelig hva som er helsefagarbeideres erfaringer og hva som er sykepleieres erfaringer. En av forskningsartikkelen omhandler sykehjem, sykehus og hospice, men det er tydelig beskrevet hva som er hentet fra sykehjem. Vi har dermed trukket ut det som er relevant for å besvare vår problemstillings kontekst, hvilket er sykehjem.

### 5.2.4 Inkluderte artikler

Artikkelen vi har valgt ut er alle kvalitative studier, da dette vil være riktig metode for å besvare problemstillingen vår om sykepleiers erfaringer. Dette fordi kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger om et tema hos mennesker (M. Nortvedt et al, 2021, s. 80). Likevel vil vi problematisere problemstillingen og studiene ettersom de tar for seg subjektive erfaringer. Derfor er det ikke nødvendigvis slik at disse sykepleiernes erfaringer samsvarer med majoriteten (Jacobsen, 2022, s. 143). På den andre siden erfarer vi at de inkluderte artikkelen samsvarer med annen teori på området, hvilket vi anser at styrker troverdigheten til funnene i forskningsartikkelen.

Tolkning av demenssymptomer er kulturelt betinget. Vi har på bakgrunn av dette hatt som et inklusjonskriterie at forskningsartikkelen må være fra land med lignende kultur og samfunnsstruktur, dette for å sikre at resultatene i artikkelen vil kunne ha overføringsverdi til norsk praksis (Hanssen, 2020, s. 33). De utvalgte forskningsartikkelen er utført i Sverige, Storbritannia og Canada. Ut ifra forskningsartikkelen erfarer vi at konteksten beskrevet i

forskningsartiklene har store likheter med det norske helsevesenet. Forskningen til Lundin og Godskesen (2021) er derimot kun gjort på ulike sykehjem i én by, noe som kan gi et lite representativt bilde (s. 9). Vi velger likevel å inkludere artikkelen ettersom den samsvarer med teori og øvrige utvalgte forskningsartikler.

I studien til Thompson og McClement (2019) var majoriteten av deltakerne i studien kvinner, hvilket kan ha påvirket deres holdninger til døden. Det var lite etnisk variasjon i studien. Forskerne ytrer et behov om flere studier på området med en større variasjon i kjønn og etnisitet som vil kunne belyse området ytterligere (s. 12). Videre trekker også studien til Lundin og Godskesen (2021) og Pennbrant et al. (2020) frem manglende variasjon i kjønn og etnisitet. Forskningen til Pennbrant et al. (2020) trekker frem at det var et lite antall sykepleiere som deltok i studien, dette kan bety at det er en svekket overføringsverdi til andre sykehjem (s. 3844). På den andre siden er målet med en kvalitativ studie å få frem de enkelte sykepleiernes erfaringer, ikke å generalisere (M. Nortvedt, 2021, s. 80). Ved kvalitative studier er hensikten å forstå intervjuobjektets oppfattelse av temaet, som videre fører til kunnskap (Dalland, 2020, s. 68). De inkluderte studiene bidrar med sykepleieres erfaringskunnskap om symptomlindring av pasienter med demens ved livets slutt (De Witt Jansen, 2016; Lundin & Godskesen, 2021; Pennbrant, 2020; Thompson & McClement 2019). Denne kunnskapen kan være med på å forbedre pleie og omsorg til pasientgruppen.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleieres erfaringer med symptomlindring til personer med demens i livets slutfase. Det er ikke foretatt en fullstendig gjennomgang av litteraturen, og vi viser på bakgrunn av dette usikkerhet i konklusjonene som trekkes. Sykepleieres erfaringer i forskningsartiklene vil kunne bidra til bedre forståelse for demensomsorgen ved livets slutt. Kitwood presiserer at alle skal behandles som et unikt individ, og personsentrert sykepleie viser seg å ha en positiv effekt på symptomlindring av pasienter med demens i livets slutfase. Funnene viser at VIPS- modellens faktorer benyttes indirekte i praksis og kan være av betydning for god symptomlindring. Det kan og argumenteres for at sykehjem er en velegnet arena for symptomlindring, da overordnet målsetning på sykehjem er å sikre omsorg individuelt tilpasset den enkelte pasient.

Kommunikasjon kan være til hinder for god symptomlindring, og derfor bør symptomlindring baseres på observasjoner, hvilket kan by på organisatoriske utfordringer. Sykepleierne erfarer at pårørende er en viktig ressurs i kartlegging av symptomer, og symptomlindring. Imidlertid erfarer sykepleierne at pårørendes vurdering kan være påvirket av deres nære relasjon til pasienten. Kartlegging av symptomer ved hjelp av observasjoner er av stor nytte, men kan på den andre siden føre til feiltolkninger. Bruk av kartleggingsverktøy har vist seg å være effektivt i vurderingen av symptomer, og bør benyttes sammen med klinisk skjønn. Et viktig tiltak er hyppige tilsyn for å minske fysisk og psykososial smerte. Videre erfarer sykepleierne at pasientene ofte motsa seg medikamenter, hvilket ble forstått til å skyldes manglende forståelse for medikamentet. Sykepleierne erfarer at samarbeid med annet helsepersonell styrket mulighetene for adekvat symptomlindring. Avslutningsvis erfarer sykepleierne at manglende kompetanse og kunnskap var til hinder for god symptomlindring ved livets slutt. Av dette kan vi se at symptomlindring må romme en større forståelse for hele situasjonen enn enkelte deler. Grunnlaget for symptomlindringen ved livets slutt bør derfor ut ifra utvalgt litteratur og forskningsartikler baseres på personsentrert og helhetlig omsorg.

## Referanseliste

- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-220). Studentlitteratur.
- Braut, G. S. (2018, 04. desember). Sykehjem. I *Store medisinske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/.versionview/884677>
- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3.utg., s. 638-652). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Christoffersen, L., Johannessen, A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Davies, E. (2004). *What are the palliative care needs of older people and how might they be met?* Health Evidence Network.  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74688/E83747.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/74688/E83747.pdf)
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). 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.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 29- 41). Aldring og helse - akademisk.
- Eriksen, S. (2020). Lindrende behandling til personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utg., s. 341-366). Cappelen Damm Akademisk.
- Felleskatalogen. (2022, 26. april). *Morfin*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/morfin-orifarm-healthcare-561671>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Grov, E. K. & Holter, I. M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.) Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal.
- Hanssen, I. (2020). *Demens og kultur: Demensomsorg i et interkulturelt lys*. Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2022, 31. oktober). *Demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

- Helsenorge. (2022, 10. oktober). *Hva er demens?* Helsedirektoratet.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/hva-er-demens/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-03-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363- 398). Cappelen Damm Akademisk.
- Husebø, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 18(10), 1419–1430. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016a). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3.utg.). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016b). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3 utg., s. 34-50). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kitwood, T. (2019). The experience of dementia. I D. Brooker (Red.), *Dementia reconsidered, revisited: the person still comes first* (2. utg., s. 83-103). Open University Press.
- Kjelvik, J. & Jønsberg, E. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende>

- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3 utg., s. 387-401). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15- 28). Gyldendal.
- Kåss, E. (2020, 10. august). Symptom. I *Store medisinske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/.versionview/1224547>
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 297- 338). Cappelen Damm Akademisk.
- Ludvigsson, C., Isaksson, U., & Hajdarevic, S. (2020). Experiencing improved assessment and control of pain in end-of-life care when using the Abbey Pain Scale systematically. *Nursing Open*, 7(6), 1798–1806. <https://doi.org/10.1002/nop2.566>
- Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC nursing*, 20(1), 48.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 70-103). Cappelen Damm Akademisk.
- Nasjonalt senter for aldring og helse (2022, 18. oktober). *Veiviser demens*.  
<https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/>
- Nielsen, S. P. & Larsen, H. (2015). At være professionel. I M. A. Neergard & H. Larsen (Red.), *Palliativ medicin* (s. 77-90). Munksgaard.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>



- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (3. utg.) Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Pennbrant, S., Hjorton, C., Nilsson, C., & Karlsson, M. (2020). "The challenge of joining all the pieces together" - Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3835–3846. <https://doi.org/10.1111/jocn.15415>
- Popenoe, R., Lanhius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jerveus, A. (2021) A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journals of Nursing Research* 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Raknes, G. (2020, 17. desember). *Demens som dødsårsak*. Folkehelseinstituttet.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utg., s. 51-71). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2020). *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Saltvedt, I. & Wyller, T. B. (2016) Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3 utg., s. 262-273). Gyldendal akademisk.

- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416- 441). Gyldendal.
- Smebye, K. L. (2020). Samarbeid med pårørende. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utg., s. 268-291). Cappelen Damm Akademisk.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2014, 30. Juni). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.
- Svensk Demenscentrum. (2020, 14. januar). *Abbey Pain Scale*. <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Abbey-Pain-Scale/>
- Teigen, K. H. (2021, 23. mars). Erfaring. I *Store medisinske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/1387575>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thompson, G. N., & McClement, S. E. (2019). Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. *BMC nursing*, 18, 59. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5>
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Fayers, P. & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*, 10(1), 9–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-9>

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

Wogn- Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 86-113). Cappelen Damm Akademisk.

World Health Organization. (2017, 7. desember). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

World Health Organization. (2020, 5. august). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

## Vedlegg 1

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

## Om sjekklisten

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Hvorfor ville de finne svar på det?

Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Formålet med studien er tydelig formulert både i tekstens abstrakt med også i løpende tekst. Forskerne ville undersøke sykepleiernes erfaring med smertebehandling hos mennesker med langtkommen demens på både hospice, akutt avdeling og sykehjem. Forskerne begrunner at problemstillingen er relevant med aktuell samfunnsutvikling.

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

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

**Kommentar:** Studien har som mål å beskrive sykepleiers erfaringer, og kvalitativ metode er derfor hensiktsmessig.

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

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

**Kommentar:** Studien beskriver hensikten med studien opp mot bruken av kvalitativ metode.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Det er tydelig gjort rede for utvalgstrategien i forskningen. Relevante kontakter innenfor de ulike pleiesettingene ble kontaktet angående mulig deltagelse i studien. Videre kunne disse igjen rekruttere relevante sykepleiere til studien. 24 sykepleiere ble rekruttert til studien, hvorav 6 sykepleiere jobbet på hospice, 6 jobbet på akutt avdeling og 12 jobbet på sykehjem. 23 av sykepleierne var kvinner, 1 var mann. Gjennomsnittsalderen til deltagerne var 36,8 år. 7 av deltagerne hadde relevant kurs og/eller utdanning i palliativ pleie og en deltager var på sitt første år i en doktorgrad i palliativ sykepleie. Det er ikke begrunnet hvorfor disse deltagerne ble valgt.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Intervjuene fant sted på arbeidsplassen til de ulike deltagerne. Spørsmålene var åpne, slik at sykepleierne kunne snakke fritt og beskrive deres opplevelse med egne ord. Intervjuene ble gjort basert på en intervju guide. Intervjuene ble tatt opp som lydopptak.

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

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

### Kommentar:

En konflikt-interesse ble identifisert. En av forskerne har underveis i forskningen, mottatt penger fra Napp, Grünenthal og Pfizer. Selskapene skal likevel ikke ha noen rolle i analysen av denne studien.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Etisk godkjenning ble gitt av «Office for Research Ethics Committees Northern Ireland». Studien ble godkjent av en uavhengig etisk komitee i de ulike hospicene og på ett sykehjem.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Analysen ble gjennomført ved å bruke tematisk analyse. Trinnene i analysen blir godt beskrevet.

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

Ja –  Nei –  Uklart



## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Annen relevant litteratur blir trukket inn for å vurdere og underbygge funnene i forskningen.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:** Forskerne diskuterer studiens bidrag til dagens praksis. Funnene i studien er brukt til å utvikle en interaktiv læring- og utvikling intervensjon.

## Vedlegg 2

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

## Om sjekklisten

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC nursing*, 20(1), 48.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Formålet med studien er klart formulert både i abstraktet, men og i løpende tekst i innledningen. Bakgrunnen for studiet er godt begrunnet i dagens samfunnsutvikling og ett behov for økt kunnskap om temaet.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Studien har som mål å beskrive sykepleiers erfaringer, og kvalitativ metode er derfor hensiktsmessig.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Deskriptivt eksplorerende design ble brukt i studien. Dette er hensiktsmessig da studien vil ta for seg sykepleierens egne erfaringer og opplevelser. Dette designet er med på å sikre at hver enkelt person sitt perspektiv kommer tydelig fram.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** I studien er det tydelig gjort rede for utvalgsstrategien. Det blir gjort rede for hvem som ble valgt ut basert på inklusjonskriterier, som var minst ett år arbeid som sykepleier på sykehjem og relevant erfaring med pleie i livets slutt for mennesker med langtkommen demens og smerteproblematikk. Det blir ikke gjort rede for hvorfor disse inklusjonskriteriene var satt. Lederen på sykehjemmene sendte ut informasjon om studien til mulige sykepleiere som møtte inklusjonskriteriene. Det blir beskrevet at rekrutteringen av sykepleiere var vanskelig grunnet organisatoriske forhold. Studien beskriver karakteristika ved utvalget. Det var 10 kvinner og 3 menn som deltok i studien, hvorav 11 hadde en bachelor i sykepleie og 2 hadde ett to-åring-program innenfor sykepleie.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Dataene ble samlet inn via semistrukturerte intervju, og spørsmålene ble laget basert på hensikten med studiet. Settingen blir ikke beskrevet. Intervjuene ble gjort basert på en intervju guide. Guiden baserte seg på en gjennomgang av litteraturen. Metoden forholder seg lik gjennom hele studiet. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak. Forskerne beskriver ingen metning av data.

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

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Studien beskriver ingen interessekonflikt. Studien beskriver at det ikke var noe tidligere kjennskap sykepleier og forsker imellom. Det kommer ikke fram at det er gjort endringer av utformingen på studiet underveis.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:** Deltagerne i studien ble informert om at det er frivillig å delta, og det var til enhver tid mulig å trekke sitt samtykke til å delta i studien. Deltagerne fikk informasjon både muntlig og skriftlig, om hvordan deres konfidensialitet ble ivaretatt. Data ble ivaretatt i tråd med EU General Data Protection Directive.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Analysen ble gjennomført ved å bruke tematisk innholdsanalyse. Trinne i analysen er beskrevet.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Det er trukket inn andre kilder i vurderingen av funnene gjort i studien. Forskerne sier at funnene gjort i sin studie samsvarer med annen forskning og litteratur på feltet. Problemstillingen svares ut.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:** Forskerne har diskutert funnene fra studien opp mot allerede eksisterende forskning og litteratur. Forskerne avdekket behov for ressurser og strategier til å involvere og informere pårørende om omsorg ved livets slutt.

## Vedlegg 3

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

## Om sjekklisten

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Pennbrant, S., Hjorton, C., Nilsson, C., & Karlsson, M. (2020). "The challenge of joining all the pieces together" - Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3835–3846.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15415>



## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Formålet med studien er klart formulert i både abstrakt og i løpende tekst i innledningen. Forskerne ville finne svar på sykepleieres erfaringer med palliativ pleie for eldre mennesker med demens på sykehjem. I tråd med dagens samfunnsutvikling, beskriver forskerne det som viktig å øke sin kunnskap om temaet.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Studien har som mål å beskrive sykepleiers erfaringer, og kvalitativ metode er derfor hensiktsmessig.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:** Deskriptivt eksplorerende design ble brukt i studien. Dette er hensiktsmessig da studien vil ta for seg sykepleierens egne erfaringer og opplevelser. Dette designet er med på å sikre at hver enkelt person sitt perspektiv kommer tydelig fram.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** I studien er det tydelig redegjort for utvalgstrategien. For å delta i studien måtte sykepleierne ha minst to års erfaring som sykepleier på sykehjem. Det blir ikke gjort rede for hvorfor inklusjonskriteriene var satt. Rekrutteringen ble gjort gjennom å sende ut informasjonsbrev og invitere driftsledere fra 4 ulike kommuner til møte om forskningen. Videre kunne disse lederne ta med seg informasjonen og rekruttere aktuelle og interesserte sykepleiere. Basert på inklusjonskriterier og interesse ble det rekruttert 9 sykepleiere. Alle sykepleierne var kvinner, med en gjennomsnittsalder på 42 år. Gjennomsnittlig hadde de jobbet 10 år som sykepleier, og gjennomsnittlig hadde de 6 års arbeidserfaring på sykehjem.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Dataene ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Intervjuene fant sted på sykehjemmene de ulike sykepleierne jobbet på. Spørsmålene var åpne, slik at sykepleierne kunne snakke fritt og beskrive deres opplevelse med egne ord. Intervjuene ble gjort basert på en intervju

guide, og alle sykepleierne fikk de samme spørsmålene. I forkant av forskningsprosjektet ble intervjuemetoden prøvd ut på en sykepleier. Intervjumetoden ble ansett som vellykket.

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

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Studien beskriver ingen konflikt-interesse. Forskerne vurderer sin egen rolle, ettersom de selv er sykepleiere. De vurderer at deres egen personlige erfaring, kan være med på å påvirke informantene ubevisst. De skriver at dette var noe de i stor grad prøvde å unngå ved å bruke en intervjuguide. Det kommer ikke fram at det er gjort noen endringer på utformingen av studien underveis.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Det kommer tydelig fram at etiske forhold er vurdert. I forkant av studien signerte sykepleierne ett samtykkeskjema og fikk informasjon at samtykket deres kunne trekkes når de selv måtte ønske det. Navn ble kodet, og intervjumateriell ble oppbevart på en måte som skulle sikre konfidensialitet. Studien ble godkjent av Etikprøvingsmyndigheten.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Analysen ble gjennomført ved å bruke induktiv kvalitativ innholdsanalyse. Trinnene i analysen er godt beskrevet.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Det blir trukket inn annen relevant forskning og litteratur i vurderingen av funnene i studien. Annen litteratur brukes for å vise at funnene gjort i studien samsvarer med annen forskning og litteratur.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:** Forskerne diskuterer studiens bidrag til dagens praksis.

## Vedlegg 4

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

A: Innledende vurdering

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

## Om sjekklisten

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Thompson, G. N., & McClement, S. E. (2019). Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. *BMC nursing*, 18, 59.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Hvorfor ville de finne svar på det?

Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Formålet med studien var å undersøke pleie til personer med demens i livets slutfase ut ifra perspektivet til sykepleiere og helsefagarbeidere med kompetanse innen pasientgruppen. Forskerne beskrev at en av grunnene til at dette var en aktuell studie var fordi det vil være en øking i eldre pasienter som dør med demens i tiden fremover.

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

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

**Kommentar:** Studien har som mål å beskrive sykepleiers erfaringer, og kvalitativ metode er derfor hensiktsmessig.

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

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

**Kommentar:** Studien er gjort gjennom forskningsdesignet fortolkende beskrivelse. Valget av dette forskningsdesignet er godt begrunnet.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Det blir i studien gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor. Deltagerne i studien er rekruttert fra fem ulike sykehjem i Canada. Deltagerne ble valgt ut ved at forfatter og leder på sykehjemmet først holdt en presentasjon av studien. Deretter nominerte de ansatte på sykehjemmet hverandre ut ifra kompetanse om pleie til personer med demens i livets slutfase, kunnskap om symptomlindring i denne fasen og kunnskap om tiltak ved kognitive atferdsendringer hos døende pasienter med demens. Det ble også vektlagt å ha kunnskap om kommunikasjon med pårørende i livets slutfase. Videre ble ansatte med tre eller mer nominasjoner invitert til å delta i studien. Noen kandidater takket nei til å delta grunnet mangel på tid eller manglende interesse. Majoriteten av deltagerne i studien var kvinner. Det fremkommer ikke opplysninger om alder eller sosioøkonomisk status.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Intervjuene ble utført på gjensidig passende plasseringer for partene. Det ble benyttet semi- strukturerte intervjuer for å samle inn data. Det er oppgitt at deltagerne ble spurt om å beskrive hva de syntes var viktig i pleien for personer med demens i livets slutfase. Videre står det oppført spørsmål deltagerne ble forespurt. Metoden ble ikke endre gjennom studien. Intervjuene ble lagret på lydopptak. Metning av data er ikke diskutert.



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

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Det foreligger ikke en vurdering av forskernes egen rolle og mulige påvirkning på studien. Det er ikke oppgitt at det er gjort endringer i utformingen underveis i forskningsprosessen.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

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

**Kommentar:** Deltagerne fikk utfyllende informasjon om studien i forkant av deltagelsen. Studien er etisk vurdert og godkjent av University of Manitoba Nursing Education Research Ethics Board. Deltagerne ga sitt skriftlige samtykke.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** Det ble benyttet deskriptiv statistikk i analysen av dataene. Trinnene i analysen er tydelig forklart. Det er presentert en rekke sitater for å underbygge funnene fra forskningen.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:** I diskusjonsdelen blir annen forskning og litteratur på området trukket inn og er med på å underbygge funnene i studien. Foreligger lite diskusjon imot forskernes argumenter. Funnene blir diskutert opp mot hensikten med studien. Notater fra intervjuene ble dobbeltsjekket opp mot lydopptaket.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:** Forskerne ser studiens resultater i sammenheng med tidligere forskning og litteratur. Det trekkes frem at studien bidrar med kunnskap om pleie og omsorg til personer med demens i livets slutfase. Denne kunnskapen og forståelsen vil kunne bidra i fremtidig pleie til personer med demens i livets slutfase.