

Smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem

Kandidatnummer: 643
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie
Emne BSY-500

Antall ord: 8990
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
Tittel: Smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem	
<p><u>Innledning:</u> Tema for oppgaven er smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem. På sykehjem har omkring 80 % av beboerne en demenssykdom, og nyere forskning viser at én av tre sykehjemsbeboere med demens har smerter. Sykepleiere har i utgangspunktet en nøkkelrolle i smertelindringsprosessen for mennesker de møter gjennom sitt yrke, men likevel er personer med alvorlig demens på sykehjem både undervurdert og underbehandlet for smerter. Hensikten med denne litteraturstudien er derfor å undersøke hvilke faktorer sykepleiere erfarer at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litteraturstudie, der eksisterende faglitteratur og resultater fra utvalgte forskningsartikler brukes til å besvare en klinisk relevant problemstilling. For å finne aktuell forskning, gjennomførte jeg strukturerte litteratursøk i to ulike vitenskapelige databaser ut fra meningsbærende ord i problemstillingen. Med spesifikke avgrensninger samt inklusjons- og eksklusjonskriterier resulterte dette i 96 treff i CINAHL og 29 treff i SveMed+. Henholdsvis tre og to forskningsartikler fra respektive databaser ble inkludert.</p> <p><u>Resultat:</u> Forskningen viser at sykepleiere opplevde vanskeligheter med å avdekke smerte hos personer med alvorlig demens grunnet kommunikasjonsbarrierer. Studiene viser også hvilke konsekvenser manglende rutiner for kartlegging og dokumentasjon kunne få for sykepleiernes erfaringer. Mangel på kunnskap og faglig usikkerhet om smerteforekomst fikk betydning for sykepleiernes beslutninger om smertebehandling og tilnærminger for dette. Sykepleierne erfarte også at samarbeidsutfordringer med lege og ufaglært personell fikk innvirkning vurdering og behandling av smerte og at pårørende var en ressurs og belastning for smertebehandlingen.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Resultatdiskusjonen inkluderer hovedfunnene fra utvalgte forskningsartikler. Disse presenteres i fem kategorier som representerer de ulike faktorene sykepleiere erfarer at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem. Funnene blir diskutert opp mot relevant teori samt etikk, lovverk og retningslinjer for sykepleierens praksis relatert til oppgavens tematikk. Metodediskusjonen tar for seg styrker og svakheter knyttet til egen metode og inkluderte forskningsartikler.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning	2
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Språk, kommunikasjon og atferd hos personer med alvorlig demens	4
2.2	Smerte hos personer med alvorlig demens	4
2.3	Kartlegging av smerte hos personer med alvorlig demens	5
2.4	Sykepleierens ansvar og funksjonsområder	6
2.4.1	Sykepleierens behandlende funksjon	6
2.4.2	Sykepleierens lindrende funksjon	6
2.4.3	Sykepleierens undervisende, administrative og fagutviklende funksjon	7
2.5	Etikk, lovverk og retningslinjer for sykepleierens praksis	8
3	Metode	10
3.1	Litteraturstudie	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	10
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2.2	CINAHL: Søkeprosess og utvelgelse av artikler	11
3.2.3	SveMed+: Søkeprosess og utvelgelse av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	15
4	Resultater	16
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	16
4.2	Syntese av resultatene	19
5	Diskusjon	20
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Kommunikasjonsbarrierer	20
5.1.2	Manglende rutiner	22
5.1.3	Faglig usikkerhet og mangel på kunnskap	24
5.1.4	Samarbeidsutfordringer med lege og ufaglært personell	25
5.1.5	Pårørende som ressurs og belastning	27
5.2	Metodediskusjon	29
5.2.1	Litteraturstudie	29
5.2.2	Litteratursøk	29
5.2.3	Utvelgelses-/inkluderingsprosess av artikler	30
5.2.4	Kritisk vurdering av inkluderte artikler	30
6	Konklusjon	32
	Referanseliste	33
	Vedlegg: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie (1-5)	38

1 Innledning

I dette kapitlet trekker jeg frem bakgrunnen for oppgaven. Ved å vise til relevant statistikk, oppdatert forskning og det aktuelle utfordringsbildet setter jeg tema i kontekst og presiserer hvorfor dette er et viktig tema som kommende sykepleier. Jeg påpeker følgelig temaets sykepleiefaglige relevans. Med utgangspunkt i disse forholdene utformer jeg oppgavens hensikt og problemstilling. Til slutt gjør jeg noen konkrete avgrensninger i forhold til oppgavens tematikk og begrepsavklaringer knyttet til oppgavens problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem. Omkring 101 000 personer lever med demens i Norge i dag, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050 som følge av et økende antall eldre (Strand et al., 2021). Økt alder medfører risiko for smertefulle tilstander, og blant sykehjemsbeboere med demens er smerte et vanlig problem. På sykehjem har omkring 80 % av beboerne med langtids plass en demenssykdom, og nyere forskning viser at én av tre sykehjemsbeboere med demens har smerter (Johannesen & Toftaker, 2021; Strand et al., 2021). Smerte er en subjektiv opplevelse som innebærer at en person selv må forklare hvor det gjør vondt, og hvor vondt det gjør. Alvorlig demens kan imidlertid frata personen evnen til å rapportere om sine opplevelser grunnet sviktende språk og kommunikasjonsevner. Forskning viser at ca. 20 % av personer med alvorlig demens lider av smerter fordi personer i omgivelsene ikke tolker og forstår signalene på dette (Skovdahl, 2020). Smerte hos gamle som ikke blir oppdaget, eller som ikke blir behandlet effektivt, kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser og medfører redusert livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020). Som følge av et utfordringsbilde med økt forekomst av demenssykdommer i befolkningen og den nåværende prevalensen av smerte blant personer med alvorlig demens på sykehjem, gjør at denne tematikken vil bli stadig viktigere for fremtidens sykepleiere.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Til tross for at kunnskap om smerter og metoder for smertelindring har blitt bedre de siste 20-30 årene, mangler sykepleiere grunnleggende forståelse og ferdigheter med dette arbeidet (Danielsen & Berntzen, 2022). Denne påstanden samsvarer dessuten med at personer med alvorlig demens på sykehjem i dag er både undervurdert og underbehandlet for smerter (Skovdahl, 2020). Sykepleieren har en nøkkelrolle i smertelindringsprosessen for mennesker de møter gjennom sitt yrke, og denne funksjonen blir desto viktigere når en pasient mister

evnen til selvrapporing av egen smerte (Danielsen & Berntzen, 2022). Personer med demens skal respekteres for deres iboende verdi selv om evnen til å formidle opplevelser, verdier, ønsker og behov svekkes som følge av den generelle kognitive og språklige svikten som sykdommen medfører (M. Kirkevold, 2020a). Dette er nært knyttet til verdigrunnlaget om personsentrert sykepleie, som innebærer at sykepleieren skal rette oppmerksomheten mot det enkelte mennesket som et helhetlig og unikt individ og ha respekt for personen «bak» sykdommen (M. Kirkevold, 2020a). For å imøtekomme det personsentrerte verdigrunnlaget innen smertelindring forutsetter det at sykepleieren forstår at smerteopplevelsen er høyst subjektiv, og hvert enkelttilfelle om smertemistanke må vurderes og behandles på individnivå (Torvik & Sandvik, 2020). Forskningen pekt på ovenfor indikerer imidlertid at det er behov for økt kunnskap om faktorer sykepleiere erfarer at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem. Dette kan trolig bidra til å understøtte muligheten for individuelt tilpasset smertelindrende behandling til en voksende pasientgruppe.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan relevant fag- og forskningslitteratur beskriver sykepleieres erfaringer med smertelindring av personer med alvorlig demens på sykehjem og hvilke faktorer som påvirker denne prosessen. Med dette som utgangspunkt, er følgende problemstilling formulert:

Hvilke faktorer erfarer sykepleiere at påvirker smertelindringsprosessen av personer med alvorlig demens på sykehjem?

1.4 Avgrensning

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen (Helsedirektoratet, 2022b). Utvalgt forskningslitteratur skiller ikke mellom demenssykdommene, og derfor avgrenses det ikke til en spesifikk demensdiagnose i oppgaven. Av samme årsak blir det heller ikke gjort nærmere avgrensninger på hoved- eller underkategorier for smerte. Anvendt forskning peker ikke på kjønns- eller aldersrelevante forskjeller knyttet til smerteforekomst blant målgruppen, men fordi forekomsten av demens øker med stigende alder, presiseres målgruppen til å omfatte alle personer med alvorlig demens over fylte 75 år (Engedal & Haugen, 2016). I denne oppgaven brukes ulike begreper til å omtale målgruppen, slik som personer, sykehjemsbeboere og pasienter. Hvilket begrep

som brukes vil variere ut fra hvilken kilde som anvendes, men omhandler følgelig samme målgruppe. Sykehjem er aktuell kontekst fordi personer med alvorlig demens som regel har behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester i institusjon (Strand et al., 2021).

1.5 Begrepsavklaring

En *faktor* er en betydningsfull omstendighet som medvirker til et resultat (Tjernshaugen, 2019).

Smertelindringsprosessen fremkommer ikke som et tydelig begrep definert i fag- eller forskningslitteratur. Begrepet vil i denne oppgaven brukes som utgangspunkt for handlinger med betydning for smertelindring av en pasient, deriblant vurdering, kartlegging, behandling og dokumentasjon av smerter (Danielsen & Berntzen, 2022).

Alvorlig demens er siste fasen av demenssykdommen. Personer med alvorlig demens kan bare huske bruddstykker fra tidligere i livet, og kan ha vanskeligheter med å huske eller gjenkjenne ansiktet og/eller stemmen til sine nærmeste familiemedlemmer. Manglende evne til å sortere stimuli gjør det usikkert om personen kan tolke sanseinntrykk, noe som kan føre til handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring (Skovdahl, 2020). Personen vil oppleve at motoriske funksjoner går tapt og være preget av hjelpeløshet med behov for kontinuerlig tilsyn og pleie i institusjon (Engedal & Haugen, 2016).

Sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester. De overordnede målsettingene er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg samt et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud. Ved tildeling av langtidsopphold skal sykehjemmet også være et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som bopel (Brodtkorb & Hauge, 2020).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet trekker jeg frem oppgavens teoretiske referanseramme. Tematikken som presenteres er viktig for å plassere egen oppgave i en teoretisk kontekst. Teorien vil derfor omhandle språk, kommunikasjon og atferd hos personer med alvorlig demens samt smerte og kartlegging av smerter hos denne pasientgruppen. Jeg vil også fremme aktuelle sykepleierfunksjoner for smertelindringsprosessen. Kapitlet avsluttes med en innføring i etikk, lovverk og retningslinjer for sykepleierens praksis relatert til oppgavens tematikk.

2.1 Språk, kommunikasjon og atferd hos personer med alvorlig demens

Personer med alvorlig demens har ofte problemer knyttet til språk, både med å få uttrykt seg og med selv å forstå, fordi fremre og bakre språkområde er skadet. Dette fenomenet omtales som global afasi, og innebærer at de fleste språkfunksjoner er redusert, uavhengig av type demens (Wogn-Henriksen, 2020). På dette stadiet av sykdommen kan kommunikasjonen være så fattig og fragmentert at det blir vanskelig å formidle egne behov og ønsker. Ufullstendige setninger, semantisk tomme fraser, generell idéfattigdom og færre selvkorreksjoner forekommer (Wogn-Henriksen, 2020). Nonverbale aspekter ved kommunikasjonen kan imidlertid fortsatt være intakte, og blir desto viktigere i denne fasen av sykdommen. Det gjelder kroppsuttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og mimikk, stemmebruk og intonasjon samt berøring og synkronien i alle disse (Wogn-Henriksen, 2020). Reduserte kommunikasjonsevner hos personer med demens kan også føre til svekket sosial funksjon, tilbaketrekking, agitasjon og forstyrret atferd. Ulike former for atferdsmessige og psykologiske symptomer som forekommer ved demens er så vanlig at det vurderes som en del av sykdommen (Engedal & Haugen, 2016). Atferdsmessige symptomer inkluderer apati, rastløshet, agitasjon og utagering, roping og klamring samt endret døgnrytme. Psykologiske symptomer kan være depresjon, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner og personlighetsendring (Engedal & Haugen, 2016; Rokstad, 2021).

2.2 Smerte hos personer med alvorlig demens

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (IASP, 2020). Denne definisjonen tar høyde for det individuelle og ikke-verbale perspektivet i smerten. Dette er en nødvendig presisering ettersom manglende evne til å kommunisere egen smerte ikke utelukker smerteforekomst og

behov for smertelindring. Dette gjelder blant annet personer som ikke kan rapportere egen smerte, som ved alvorlig demens (Torvik & Sandvik, 2020). Personer med demens i sykehjem er utsatt for mangelfull smertelindring. Studier viser at smerte forekommer hos 43-60 % av personer med moderat og alvorlig kognitiv svikt (Torvik & Sandvik, 2020). Smerte hos gamle som ikke blir oppdaget, eller som ikke blir behandlet effektivt, medfører redusert livskvalitet og kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser. Konsekvensene inkluderer økt fare for inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner. Smerte kan også virke inn på personens kognitive og emosjonelle tilstand, med økt risiko for konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser (Torvik & Sandvik, 2020).

Pasientens manglende evne til adekvat kommunikasjon og å kunne uttrykke sine opplevelser, bidrar til at smerte kan komme til uttrykk gjennom endringer i atferd (Helsedirektoratet, 2022a). Vanlige smerteindikatorer hos personer med alvorlig demens kan være forandringer i ansiktsuttrykk som grimasering, lukkede øyne eller rynket panne, vokalisering/verbalisering som sukking, jamring og utrop samt bestemte bevegelsesmønstre som er beskyttende, rigide, monotone eller repetitive. Utover dette kan personen vise endringer i mellommenneskelig samhandling, aktivitetsmønster og/eller mental status (Torvik & Sandvik, 2020). Utfordringen med typisk smerteatferd er at det kan oppfattes som uttrykk for selve demenssykdommen. En feilvurdering av atferden kan føre til at symptomer blir oversett og at personen ikke får riktig behandling (Husebø, 2016). Smerte hos ikke-verbale personer med demens blir ofte feilaktig behandlet med psykofarmaka når personen egentlig har smerte og har behov for smertebehandling. Dette kan medføre uheldige bivirkninger og resultere i atferd som ikke nødvendigvis er smerteutløst (Torvik & Sandvik, 2020).

2.3 Kartlegging av smerte hos personer med alvorlig demens

Som sykepleier må enhver fysisk eller psykisk forandring hos personer med alvorlig demens utredes med mistanke om somatisk sykdom, tørst og sult, ubehag eller smerte (Rokstad, 2021). Smerte må kartlegges og dokumenteres regelmessig på lik linje med andre vitale parametere: blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur (Torvik & Sandvik, 2020). Personer som ikke kan selvrappotere smerte, er en sårbar gruppe, avhengige av at sykepleiere observerer og tolker deres ikke-verbale smertetegn. For å få en best mulig observasjonsbasert smertekartlegging, er det viktig at den som observerer pasienten kjenner vedkommende godt og bruker et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2020). Det er utviklet flere skjemaer som kan være aktuelle for å fange opp smerte hos personer med

demens (Helsedirektoratet, 2022a). Det er likevel viktig at en bruker klinisk skjønn i tillegg til observasjonsbaserte kartleggingsverktøy når personen ikke kan selvrappportere smerte. Dette er blant annet fordi observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er testet ut på gruppenivå, men brukes på individnivå og fordi smerte alltid er subjektivt (Torvik & Sandvik, 2020).

2.4 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder

Utøvelse av sykepleie omfatter direkte pasientrettede oppgaver, slik som forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende funksjoner. I tillegg har sykepleieren indirekte pasientrettede oppgaver, deriblant undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Grønseth & Nortvedt, 2022).

Delfunksjonene utgjør en integrert helhet i praksisutøvelsen, men tid, sted og situasjon vil avgjøre hvilke som er mest fremtredende i en gitt situasjon (Kristoffersen et al., 2016).

Smertelindring for personer med alvorlig demens favner flere funksjonsområder, der flere delfunksjoner må brukes sammen for å kunne gjennomføre smertelindringsprosessen.

2.4.1 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleierens behandlende funksjon tar utgangspunkt i sykepleieprosessen som metode, noe som innebærer å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere nødvendig sykepleie (Grønseth & Nortvedt, 2022). Denne funksjonen retter seg mot mennesker som har akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt med mål om å fjerne eller redusere pasientens problemer (Kristoffersen et al., 2016). Med dette omfatter også hensiktsmessig håndtering av smerte der sykepleieren fortløpende kartlegger pasientens smerter og samarbeider tverrfaglig med lege for å behandle smertene. Sykepleieren administrerer forordnet behandling, og har selvstendig ansvar for å overvåke prosessen og resultatet av behandlingen og dokumentere dette. Sykepleieren formidler også effekten av behandlingen til legen slik at den kan individualiseres (Torvik & Sandvik, 2020). Som følge av den kognitive svikten demens medfører, kan pårørende i mange tilfeller være pasientens talspersoner (M. Kirkevold, 2020b). Derfor justerer og tilpasser også ofte sykepleieren forordnet analgetika i samarbeid med pårørende (Torvik & Sandvik, 2020).

2.4.2 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon skal bidra til å begrense eller redusere belastninger av fysisk, psykisk, sosial og/eller åndelig karakter hos pasienten (Kristoffersen et al., 2016). Disse forholdene rommer dessuten smerte som sammensatt fenomen (Helsedirektoratet,

2019). Dersom pasientens belastning er smerte, må smertelindringen derfor være tilpasset, planlagt og tilstrekkelig omfattende ut fra hvilke(t) område(r) pasienten opplever smerte (Torvik & Sandvik, 2020). Det krever at sykepleieren retter oppmerksomheten mot pasientens opplevelse og erfaringer knyttet til smerte for å vurdere hvordan smerten virker inn på pasientens livskvalitet og tilværelse (Grønseth & Nortvedt, 2022). Dette er like viktig uavhengig av pasientens evne til å uttrykke smerte med ord eller ikke.

2.4.3 Sykepleierens undervisende, administrative og fagutviklende funksjon

Den undervisende sykepleierfunksjonen innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede blant annet pasienter og pårørende, og er nedfelt i helselovgivningen (Grønseth & Nortvedt, 2022). Pårørende til personer med demens skal motta tilrettelagt informasjon og oppfølging gjennom hele sykdoms- og behandlingsforløpet, og gjennom den undervisende funksjonen skal sykepleieren bidra til å møte behovet for tilstrekkelig kunnskap og forståelse blant pårørende (Helsedirektoratet, 2022a; Kristoffersen et al., 2016). Dette kan også omhandle smertelindringsprosessen. Det hviler et overordnet ansvar på sykepleieren om å etablere en god og likeverdig samarbeidsrelasjon med pårørende (M. Kirkevold, 2020b). Ansvar for undervisning og veiledning gjelder også overfor medarbeidere slik at kunnskapsnivået heves og utøvelsen av ferdigheter forbedres (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleierens administrative funksjon er relevant for smertelindringsprosessen. Under dette funksjonsområdet har sykepleieren som regel ansvar for koordinering av helsehjelpen, og tar ofte initiativ til samarbeid med andre yrkesgrupper basert på pasientens behandlingsbehov (Grønseth & Nortvedt, 2022). Sykepleierens samarbeid med lege gjenspeiler en lang samarbeidstradisjon, og en god tverrfaglig relasjon med legen er avgjørende for en god smertelindringsprosess (Torvik & Sandvik, 2020). Under den administrative funksjonen vil sykepleieren også forholde seg til andre som er delaktige i behandling og pleie. Tilgjengelige ressurser kan avgjøre hvem sykepleieren arbeider mest med, og ufaglært personell kan være blant disse i helse- og omsorgstjenesten (Flodgren et al., 2017; Grønseth & Nortvedt, 2022).

Sykepleierens fagutviklende funksjon innebærer å holde seg faglig oppdatert og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i praksis. For en hensiktsmessig smertelindringsprosess må sykepleieren ta utgangspunkt i den beste kunnskapen som er tilgjengelig. Kliniske vurderinger og beslutninger må derfor bygge på ulike kunnskapskilder, deriblant teoretisk, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, men også på pasientens kunnskap, erfaringer og ønsker (Grønseth

& Nortvedt, 2022). Økt kunnskap kan redusere tilfeldig og vilkårlig praksis for behandling av smerter, og dermed bedre forutsetningene for å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring hos personer med alvorlig demens (Danielsen & Berntzen, 2022).

2.5 Etikk, lovverk og retningslinjer for sykepleierens praksis

Sykehjem er en del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet, regulert av helse- og omsorgstjenesteloven (2011), der personer med alvorlig demens ofte er bosatt. Lovens formål omfatter blant annet å behandle sykdom og lidelse, inkludert smerte, og sørge at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Loven pålegger at personellet som utfører tjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å overholde lovpålagte plikter, og at sykehjemmet skal medvirke til relevant undervisning og praktisk opplæring samt videre- og etterutdanning av helsepersonell for å opprettholde faglige kvalifikasjoner (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 4-1 til 8-2). Helsepersonell som yter helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011), inkludert ufaglærte, er forpliktet til helsepersonelloven (1999) som profesjonslov (Molven, 2019). Loven understreker at sykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og skal samarbeide med annet helsepersonell dersom pasientens behov tilsier det, noe som er aktuelt ved smertelindring (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Tilsvarende presiseringer er nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som oppstiller flere handlingsnormer relevante for sykepleieren i smertelindringsprosessen (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Sykepleieren vil ved smertelindring også være forpliktet til å handle ut fra en forståelse om hva pasienten er best tjent med (velgjørenhetsprinsippet) samt forebygge at pasienten urettmessig påføres skade (ikke-skade-prinsippet) (Grønseth & Nortvedt, 2022).

Sykehjem skal legge til rette for at personer med demens tilbys tilpasset lindrende behandling av smerte gjennom hele sykdomsforløpet etter Helsedirektoratets (2022a) retningslinjekapittel om lindrende behandling til personer med demens. Den er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a om pasientens rett til helsetjenester og i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene («kvalitetsforskriften») (Helsedirektoratet, 2022a). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) oppgir også andre pasientrettigheter i kapittel 4 og 4 A som sykepleieren må ta hensyn til i smertelindringsprosessen av personer med alvorlig demens. Dette gjelder blant annet bruk av tvang dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen. Dersom pasienten ikke er i stand til å ivareta sine interesser på grunn av demens, gir også pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §§ 3-3 og 4-6 pårørende rettigheter knyttet til informasjon og

deltakelse. Kvalitetsforskriften (2003) skal sikre at personer som mottar helsetjenester får ivaretatt grunnleggende behov, og at tjenestene pasienten mottar, gis til rett tid og i henhold til individuell plan når slik finnes. Tilbudet skal tilrettelegges for personer med demens (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3). Dette betyr at personer med demens skal kunne forvente individuelt tilpasset smertelindrende behandling og at sykepleieren bidrar med dette arbeidet innenfor virksomhetsrammene på et sykehjem.

3 Metode

Dette er en litterær oppgave som tar utgangspunkt i relevant fag- og forskningslitteratur til å besvare en utvalgt problemstilling. Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for hva en litteraturstudie er samt søkeprosessen for å finne forskningsartikler i to ulike vitenskapelige databaser basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier og avgrensninger. Jeg vil også kort gjøre rede for øvrig faglitteratur som er anvendt til å besvare oppgavens problemstilling.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er et vanlig format for akademiske avhandlinger på bachelor- og masternivå innen sykepleie og andre helsefaglige områder, og skal bygge på data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Popenoe et al., 2021). Litteraturstudien skal inneholde en syntese og analyse basert på forskningsresultatene fra flere vitenskapelige studier om en klinisk relevant problemstilling. Dette vil danne grunnlaget for å kunne beskrive kunnskapsnivået omkring et bestemt tema, og deretter bidra til å trekke konklusjoner som kan ha nytteverdi for klinisk praksis (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For å finne relevant og tilstrekkelig forskningslitteratur til å besvare oppgavens problemstilling har jeg gjennomført strukturerte søk i to ulike vitenskapelige databaser, henholdsvis CINAHL og SveMed+. CINAHL er en referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag på internasjonalt nivå, mens SveMed+ er en database som dekker nordiske tidsskrifter innen medisin og helsefag (Lovisenberg diakonale høgskole, 2022). Søkeprosessen i databasene blir redegjort for individuelt fordi tilnærmingen for å finne forskningsartiklene i respektive databaser har vært forskjellig. Litteratursøkene ble gjennomført i perioden februar 2022 frem til november 2022, der siste søk i begge databasene var 10. november 2022. Dette er utgangspunktet for informasjonen tilknyttet søkeprosessen i respektive databaser og informasjonen gitt i tabell 2: søkehistorikk og utvalg av artikler.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne oppgaven belyser faktorer sykepleiere erfarer at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem. Et inklusjonskriterium er følgelig at sykepleiere er informanter, mens et eksklusjonskriterium er andre mulige informanter som pasient, pårørende og annet helsepersonell. Det er ingen øvrige inklusjons-/eksklusjonskriterier til

sykepleiere som informanter. For å kunne belyse erfaringene til sykepleiere, har et annet inklusjonskriterium vært at forskningsartiklene skal ha et kvalitativt studiedesign. Jeg har ikke satt nærmere inklusjons-/eksklusjonskriterier til en konkret kvalitativ metode som skal være brukt for datasamlingen i forskningsartiklene. Sykehjem er nevnt som kontekst innledningsvis, men presiseres likevel her som et inklusjonskriterium.

I mangel på tilstrekkelige treff på forskningsartikler som inkluderer «alvorlig demens» (på engelsk «severe/advanced/late-stage dementia») i innledende søk, har jeg kun brukt «dementia» og «demens» som søkeord i databasene. «Alvorlig demens» har heller vært et inklusjonskriterium i gjennomgangen av sammendrag og forskningsartikler. Jeg har vurdert om begrepet er med ved å se om det presiseres direkte og/eller indirekte at dette er pasientgruppen sykepleierne jobber med. Indirekte omtale av pasientgruppen er vurdert etter om forskningsartiklene oppgir kjennetegn for personer med alvorlig demens tilsvarende de som er presentert i begrepsavklaringer og teorikapitlet.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere som informanter - Sykehjem som kontekst - Målgruppe: personer med alvorlig demens - Kvalitativt studiedesign 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter, pårørende og annet helsepersonell som informanter

3.2.2 CINAHL: Søkeprosess og utvalgelse av artikler

Basert på oppgavens problemstilling og meningsbærende ord i denne, brukte jeg følgende søkeord og kombinasjoner for søket i CINAHL: «Dementia» AND «Nursing Home Patients» OR «Nursing Homes» AND «Pain» OR «Pain Measurement» OR «Pain Management». Søket ble deretter avgrenset på språk (engelsk, norsk, dansk og svensk) og publiseringsårstall (2012-2022). Språkavgrensningen er valgt på bakgrunn av egen språkkyndighet, og nedre grense for publiseringsårstall valgte jeg fordi jeg ønsket forskning som er mest oppdatert på oppgavens tematikk. Ytterligere avgrensninger var at forskningsartiklene skulle være fagfellevurderte og ha sammendrag tilgjengelig. Avgrensningene ble valgt for å ivareta faglige vurderingskriterier for oppgaven og samtidig lette arbeidet etter forskningsartikler som kunne bidra til å besvare

oppgavens problemstilling. Med aktuelle søkeord og avgrensninger fikk jeg 96 treff. Jeg leste gjennom titlene på alle artiklene og henholdsvis 25 sammendrag. Jeg gjennomleste deretter fem fulltekstartikler, og ut fra oppgitte avgrensninger og inklusjons- og eksklusjonskriterier ble tre vurdert som aktuelle for denne oppgaven og følgelig valgt som forskningslitteratur.

3.2.3 SveMed+: Søkeprosess og utvelgelse av artikler

I SveMed+ valgte jeg å utføre søkeprosessen med meningsbærende ord fra problemstillingen på norsk da flere av studiene i denne databasen enten er på norsk eller andre nordiske språk. På tilsvarende måte som i CINAHL, måtte jeg ekskludere enkelte meningsbærende ord i søkeprosessen grunnet manglende treff i innledende søk. Jeg brukte derfor kun «Demens» AND «Smerte» som søkeord og kombinasjonssammensetning. Med disse to søkeordene fikk jeg 29 treff. Grunnet begrenset antall treff gjorde jeg ikke ytterligere avgrensninger i søket etter forskningsartikler. Jeg brukte imidlertid noen av avgrensningene nevnt for søket i CINAHL som ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelsen av artikler, som publiseringsårstall, språk og krav om fagfellevurdering. Jeg leste deretter gjennom titlene på alle forskningsartiklene. I utgangspunktet ønsket jeg å lese gjennom alle sammendragene også, men flere var ikke tilgjengelige. Enkelte av lenkene til forskningsartiklene fungerte heller ikke, derfor brukte jeg Google som søkemotor i et forsøk på å få tilgang til disse. Dette gjelder blant annet én av de utvalgte studiene brukt i denne oppgaven, av Jenssen et al. (2013). Av de 29 artiklene, leste jeg fem sammendrag og to artikler ble lest i sin helhet. Gjennomleste artikler inneholdt også ønskede inklusjons- og eksklusjonskriterier. Helhetsinntrykket av studiene viste et forskningsgrunnlag som kunne bidra til å besvare problemstillingen og ble derfor valgt som forskningslitteratur for oppgaven.

Tabell 2: Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 10/11/22	SveMed+, 10/11/22
Søkeord og kombinasjoner	Dementia AND Nursing Home Patients OR Nursing Homes AND Pain OR Pain Measurement OR Pain Management	Demens AND Smerte
Avgrønsinger i søket	Språk: dansk, engelsk, norsk og svensk. Publiseringårstall: 2012-2022. Sammendrag tilgjengelig. Fagfelleverdert.	Ikke aktuelt
Antall treff totalt	96	29
Antall gjennomleste titler	96	29
Antall gjennomleste abstrakt	25	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	5	2
Antall artikler som kan inkluderes ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	2
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt	Språk: dansk, norsk og svensk. Publiseringårstall: 2012-2022. Fagfelleverdert.
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	2
Inkludert artikkel nummer 1	Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. <i>Research in Gerontological Nursing</i> , 6(2), 127-138. https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02	

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(48), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7	
Inkludert artikkel nummer 3	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 29(5), 316-320. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007	
Inkludert artikkel nummer 4		Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. <i>Geriatrisk sykepleie</i> , 5(3), 26-34. https://docplayer.me/9365686-Smertebehandling-til-pe-med-langtkommen-dem.html
Inkludert artikkel nummer 5		Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. <i>Vård i Norden</i> . 109(33), 29-33. https://doi.org/10.1177/010740831303300307

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I oppgaven har jeg primært brukt faglitteratur hentet fra pensumlister tilknyttet tidligere emner gjennom bachelorprogrammet i sykepleie. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2020) har vært grunnleggende for å belyse tematikk knyttet til demens og smerte hos eldre, mens *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (2016) har vært aktuell for å beskrive sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Det har også *Klinisk sykepleie 1* (2022), som i tillegg har vært viktig for å underbygge teori om smerte. Utover dette har jeg supplert med kjernelitteratur tilknyttet emne BSYP-200 for å fremme oppgavens hovedtematikk. Fordi all faglitteratur er tilknyttet tidligere emner, regnes det som pålitelige kilder som gir oppgaven faglig validitet. Både redaktører og kapittelforfattere i respektive bøker er dessuten anerkjente innen sykepleiens fag- og forskningsmiljø, noe som ytterligere presiserer kvaliteten på utvalgte kilder. Det er delvis sporadisk bruk av annen faglitteratur knyttet til ulike tematikker som belyses. Disse er hentet fra høgskolens bibliotek, og regnes derfor for å være kvalitetssikrede kilder. Jeg har også hentet informasjon fra norske helsemyndigheters nettsider, deriblant Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For å presentere de etiske og juridiske rammene sykepleieren arbeider innenfor, har jeg anvendt norske lover og forskrifter, sykepleierens yrkesetiske retningslinjer og informasjon fra boken *Sykepleie og jus* (2019). For å diskutere metode har jeg brukt *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag* (2020), *Metode og oppgaveskriving* (2020), *Kildekompassets* (u.å.) nettsider og *Helsebibliotekets* (2020) sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ metode.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfattere, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J., 2013, USA	Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Undersøke hvordan sykepleiere tar avgjørelser om medikamentell smertebehandling til sykehjemsbeboere med demens, og hva som påvirker behandlingsvalg	Kvalitativ studie/ grounded dimensional analysis med individuelle dybdeintervjuer med 13 sykepleiere.	<p>Usikkerhet rundt smerteforekomst vanskeliggjorde vurdering og kartlegging av smerte hos beboere med demens. Sykepleierne opplevde varierende grad av sikkerhet angående mistenkt smerte og om smerte var synlig/tydelig eller usynlig/utydelig.</p> <p>Selv om atferdsendringer hos sykehjemsbeboerne ble brukt som indikator for smerte, ble ikke beboeren nødvendigvis behandlet med smertelindrende behandlingstiltak.</p> <p>Sykehjemsbeboere med demens var utsatt for undervurdering, underbehandling og forsinket behandling av smerte.</p>	10/10 poeng
CINAHL	Lundin, E. & Godskesen, T. E., 2021, Sverige	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: A qualitative study in Swedish nursing homes	Undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med omsorg for sykehjemsbeboere med alvorlig demens i livets slutfase	Kvalitativ studie/ semistrukturerte intervjuer med 13 sykepleiere.	<p>Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og personen med alvorlig demens vanskeliggjorde smertevurdering- og kartlegging.</p> <p>Vanskeligheter med å skille smerte fra angst kunne resultere i feilbehandling. Usikkerhet ved administrering av smertebehandling.</p>	10/10 poeng

					<p>Pårørende vurdert som ressurs og belastning knyttet til smertelindrende behandling.</p> <p>Mangel på kunnskap og kompetanse både blant sykepleiere, leger og ufaglærte kunne få konsekvenser for vurdering og behandling.</p>	
CINAHL	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C., 2015, USA	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Undersøke hvordan sykepleiere identifiserer og lindrer smerte hos sykehjemsbeboere med demens	Kvalitativ studie/ fokusgruppeintervjuer med 29 sykepleiere.	<p>Vanskelig å vurdere og kartlegge smerte hos sykehjemsbeboeren med demens grunnet manglende språk og uttrykksevne.</p> <p>Atferdsendringer som indikator for smerte, og retur til «normalatferd» ble vurdert til at smertelindring var oppnådd.</p> <p>Retningslinjer og smerteskalaer ble ofte beskrevet som utilstrekkelige for å hjelpe sykepleieren i beslutninger om smertebehandling.</p> <p>Usikkerhet om smerteforekomst avgjørende for beslutninger knyttet til smertebehandling.</p> <p>Pårørende vurdert som ressurs og belastning i smertelindringskontekst.</p>	8/10 poeng
SveMed+	Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F., 2013, Norge	Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å vurdere smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens	Kvalitativ studie/ semistrukturerte intervjuer med 5 sykepleiere.	<p>Smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling som følge av vanskeligheter med å tolke beboerens uttrykk for smerte.</p> <p>Samarbeidsutfordringer med leger og ufaglært personell kunne resultere i at pasienten med</p>	9/10 poeng

					<p>alvorlig demens ikke fikk smertebehandling. Sykepleierne opplevde at mangel på fagfolk var en stor trussel for pasientsikkerheten.</p> <p>Sykepleierne manglet faglige basiskunnskaper og spesifikke kunnskaper om demenssykdom, noe som kunne få betydning for behandlingsvalg.</p> <p>Pårørende vurdert som viktig ressurs for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring.</p>	
SveMed+	Lillekroken, D. & Slettebø, Å., 2013, Norge	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å vurdere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens	Kvalitativ studie/ fokusgruppeintervjuer med semistrukturert intervjuguide med 18 sykepleiere.	<p>Sykepleierne opplevde vanskeligheter med å lindre smerte pasientens smerter som følge av høy alder, polyfarmasi og komorbiditet.</p> <p>Gode kunnskaper om smertelindring, men utilstrekkelig kartlegging og dårlige rutiner for behandling og dokumentasjon. Sykepleierne brukte sjelden eller aldri kartleggingsverktøy.</p> <p>Sykepleierne opplevde etiske dilemmaer rundt pasientens autonomi og behov for smertelindring.</p> <p>Utfordringer knyttet til samarbeidet med pårørende, og hvilke og hvem sine verdier som skulle prioriteres når det gjaldt smertelindrende behandling. Valg av behandlingstiltak falt ofte på pårørendes ønsker.</p>	9/10 poeng

4.2 Syntese av resultatene

Overordnet for alle studiene i oppgaven var at sykepleierne opplevde vanskeligheter med å avdekke smerte hos personer med alvorlig demens som følge av kommunikasjonsbarrierer. Dette fikk også konsekvenser for behandling, som peker i retning av både over-, under- og feilbehandling av smerter i samtlige studier. Kommunikasjonsutfordringer kunne også resultere i behandling av atferden fremfor smerten. Studiene viste også manglende rutiner for smertekartlegging og dokumentasjon. Smertekartleggingsverktøy ble påpekt som utilstrekkelige for smertevurdering. Forskningen viser også at mangel på kunnskap og usikkerhet om smerteforekomst kunne få betydning for beslutninger om behandlingsvalg, blant annet med etiske implikasjoner for pasientens autonomi. Sykepleiere erfarte dårlig tverrfaglig samarbeid med legen, noe som fikk konsekvenser for smertebehandling. Mangel på sykepleiere, dårlig samarbeid med ufaglært personell og kompleksitetsbildet som preger pasientgruppen fikk også innvirkning på sykepleiernes erfaringer. Pårørende ble vurdert som en ressurs og belastning i flere av studiene, noe som kunne påvirke sykepleiernes erfaringer med smertelindrende behandling i henholdsvis positiv og negativ forstand.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg først diskutere resultatene fra utvalgte studier med utgangspunkt i problemstillingen: «Hvilke faktorer erfarer sykepleiere at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem?». Hovedfunnene fra forskningsartiklene presenteres i fem hovedkategorier og vil bli diskutert opp mot tidligere omtalt teori samt rammefaktorer for klinisk kontekst, lovverk og etikk. Videre vil jeg diskutere styrker og svakheter knyttet til egen metode, det vil si litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse av studiene brukt i oppgaven. Jeg vil i den sammenheng også diskutere styrker og svakheter ved inkluderte studier ut fra hvilken kunnskap de tilfører, implikasjoner ved artiklenes metode og design for problemstillingen samt generell kvalitetsvurdering og overføringsverdi av studiene.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Kommunikasjonsbarrierer

For å kunne lindre smerte, er sykepleieren i første instans nødt til å avdekke smerten. Gjennom sykepleierens behandlende funksjon vil dette som regel begynne med kartlegging der sykepleieren spør pasienten om tilstedeværelse av smerte (Torvik & Sandvik, 2020). Samtidig må sykepleieren rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet samt opplevelse og erfaringer knyttet til smerten, noe som inngår i sykepleierens lindrende funksjonsområde (Grønseth & Nortvedt, 2022). Dette forutsetter imidlertid at pasienten har språket til å kunne formidle slik informasjon til sykepleieren. I fire av fem utvalgte studier påpekte sykepleierne at det var utfordrende å vurdere smerte når den kognitive svekkelsen ved alvorlig demens påvirket personens evne til å uttrykke smerte verbalt (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Til og med når sykepleierne antok eller visste at en person med alvorlig demens hadde smerter, opplevde de likevel vanskeligheter med å vurdere intensiteten og type smerte (Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Når pasienten ikke hadde språk til å forklare egne utfordringer, påpekte sykepleierne i Monroe et al. (2015) at det var som å sette sammen et vanskelig puslespill for å kunne vurdere og behandle smertene til pasienten. Funnene viser at demens vanskeliggjør kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og at smertevurdering- og kartlegging av denne pasientgruppen følgelig er utfordrende. Når språket bortfaller er atferdsendringer ofte den eneste måten beboeren klarer å formidle sin smerte på, og som helsepersonell blir det derfor nødvendig å observere atferd som tegn på smerte (Torvik & Sandvik, 2020).

Hva sykepleieren skal observere og vurdere som atferdsrelaterte smerteindikatorer hos personer med alvorlig demens omtales i nyere studier, og flere av disse er også beskrevet i oppgavens teorikapittel. Det er imidlertid ikke slik at atferdsendringer som smerteindikator nødvendigvis letter smertelindringsprosessen for sykepleiere. Sykepleiere i tre av studiene påpekte vanskeligheter med å skille smerte fra andre mulige årsaker til atferdsendringer, deriblant angst eller andre psykiske symptomer (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021). Feiltolkning av atferdsendringer kunne resultere i medisinerings av atferden med psykofarmaka istedenfor legemidler mot smerte (Lundin & Godskesen, 2021). Hvorvidt dette er forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp i henhold til helsepersonelloven (1999) § 4 er tvilsomt. Personer med alvorlig demens er ifølge sykepleierne i Lillekroken og Slettebø (2013) en sårbar pasientgruppe når det gjelder medisinerings som følge av lavere toleranse for medisiner grunnet alderdom og komorbiditet der faren for polyfarmasi er stor. Derfor er det kritikkverdig at psykofarmaka gis selv om dette kan medføre alvorlige bivirkninger og forårsake atferdsendringer som ikke nødvendigvis er smerteutløste (Torvik & Sandvik, 2020). Retningslinjekapitlet om lindrende behandling til personer med demens lister opp tilsvarende utfordringer som dem som blir beskrevet i fag- og forskningslitteraturen (Helsedirektoratet, 2022a). Det sås dermed ytterligere tvil ved hvorvidt atferdsendringer er en reliabel indikator på smerte hos pasientgruppen.

For å kunne bruke atferdsendringer som en indikator på smerte, viser forskningslitteraturen imidlertid hva som kan understøtte dette. For pasienter som ikke kan selvrappportere smerte, og for å få til en best mulig observasjonsbasert smertekartlegging, mente sykepleierne i Monroe et al. (2015) at det var viktig at den som observerte pasienten, kjente pasienten godt. Sykepleiere som har god kjennskap til en beboer vet hva som er vedkommendes normalatferd, og at avvik fra denne kan indikere smerte. Tilsvarende funn kommer frem i Jenssen et al. (2013), der sykepleierne mente at grunnlaget for å oppdage smerter hos pasienter med alvorlig demens lå i den daglige pleien med nærhet og kjennskap til pasienten. Dette samsvarer dessuten med prinsippet om personsentrert sykepleie, og ved å ta i bruk denne omsorgsfilosofien i yrkesutøvelsen kan det bidra til å oppdage og lindre smerter hos pasienter med alvorlig demens (Jenssen et al. 2013). Forskningen indikerer imidlertid at sykepleiere trenger mer kunnskap om kommunikasjon med personer med alvorlig demens for å kunne imøtekomme deres behov. Kommunikasjon er en grunddimensjon i alt menneskeliv og i alt helsearbeid, og som helsepersonell er det viktig å lete etter alle tiltak som kan bedre

kommunikasjonen og øke sjansene for felles forståelse mellom mennesker. Selv om demens kan vanskeliggjøre kommunikasjonen, umuliggjør den det ikke, noe sykepleiere må huske på i smertelindringsprosessen for denne pasientgruppen (Wogn-Henriksen, 2020).

5.1.2 Manglende rutiner

Formålsbestemmelsen tilknyttet helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1 skal sikre at tjenestetilbudet tilpasses den enkeltes behov, noe som vil si at sykehjemmet skal legge til rette for at personer med demens tilbys individualisert smertelindrende behandling. Kartlegging og vurdering av smerter inngår i sykepleierens behandlende funksjonsområde, og danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk individuelt tilpasset smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022). I retningslinjekapitlet om lindrende behandling til personer med demens går det frem at smerteutredning, som en del av lindrende behandling, bør gjennomføres med bruk av kartleggingsverktøy for å tilpasse behandlingen etter behov (Helsedirektoratet, 2022a). Sykepleiere er imidlertid generelt for dårlige både til å forstå betydningen av og til å ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer til å kartlegge smerter (Danielsen & Berntzen, 2022). Tilsvarende funn var gjennomgående for samtlige utvalgte studier, og at sykepleierne sjelden eller aldri benyttet smertekartleggingsverktøy (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Felles for tre av studiene var også at sykepleierne mente at kartleggingsverktøy var utilstrekkelige eller oppgaa at de manglet kunnskap om bruken av disse. Dette medførte inkonsekvente tilnærminger for kartlegging og vurdering av smerte hos personer med alvorlig demens (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021).

Helsedirektoratets (2022a) retningslinjekapittel om lindrende behandling til personer med demens er hjemlet i lov og forskrift, noe som indikerer at sykepleiernes manglende bruk av kartleggingsverktøy i anvendt forskningslitteratur er overraskende. Sykepleiernes skepsis til å utrede smerte ved bruk av kartleggingsverktøy er imidlertid delvis berettiget. I Lundin og Godskesen (2021) vises det til en studie utført av Lichtner et al. (2014). Der ble 28 ulike kartleggingsverktøy for smertevurdering analysert, og resultatet av forskningen var at de ikke kunne anbefale et konkret verktøy til å vurdere smerter hos personer med demens (Lichtner et al., 2014). Dette kan være én årsak til at retningslinjer for praksis ikke følges konsekvent. En annen mulig forklaring, oppgitt i Lillekroken og Slettebø (2013), var at sykepleierne ikke ville bruke verktøy til å kartlegge smerter hos personer med alvorlig demens grunnet pasientenes

individuelle forskjeller og behov for smertelindring. Dette stemmer overens med relevant teori, som sier at sykepleieres motstand mot bruk av vurderingsskjemaer skyldes at det fjerner det individuelle perspektivet i omsorgen (Danielsen & Berntzen, 2020). For en hensiktsmessig smertevurdering og smertelindring uttrykte mange sykepleiere i Lillekroken og Slettebø (2013) imidlertid ønske og behov for felles retningslinjer for smertebehandling. Dette gjaldt blant annet hvor mye og hvor ofte pasienten skulle få analgetika (Lillekroken & Slettebø, 2013). Lignende funn kommer også frem i Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013), der sykepleierne ønsket standardiserte retningslinjer som kunne hjelpe til med å bestemme når de skulle iverksette tiltak basert på smerteindikasjoner hos pasientene med alvorlig demens. Felles retningslinjer kan sikre en minimumsstandard for sykepleiernes tilnærming til smertelindring, men må ikke medføre at den subjektive opplevelsen av smerte overses (Jenssen et al., 2013). Et slikt forbehold ivaretar sykepleierens lindrende funksjon og en personsentrert sykepleie.

Enkelttilfeller av smertemistanke skal vurderes og behandles på individnivå, uavhengig av om personen er rammet av demens eller ikke (Torvik & Sandvik, 2020). Et kartleggingsverktøy skal heller ikke brukes isolert fra andre sentrale elementer i smerteutredningen, slik som sykepleierens kliniske kunnskap, kjennskap til pasienten og refleksjon med kollegaer. Et verktøy skal snarere bidra til å sette kartleggingen i system og gjøre dokumentasjon lettere (Lillekroken & Slettebø, 2013). Sykepleiere i to av studiene påpekte imidlertid at de ikke hadde konkrete rutiner for dokumentasjon av smertevurdering eller påbegynt smertebehandling (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Smerterelaterte diagnoser var dessuten sjeldnere dokumentert hos ikke-språklige pasienter, og utilstrekkelig dokumentasjon viste seg å påvirke sykepleieres vurderinger av smertelindringsbehov hos personer med alvorlig demens på sykehjem (Jenssen et al., 2013). Dette kan også være årsak til at sykehjemsbeboere med demens på generelt grunnlag sjeldnere får smertelindrende behandling enn kognitivt friske. Sykepleiere har ifølge helsepersonelloven (1999) §§ 39 og 40 plikt til å dokumentere sykepleien som gis. Alle delene i sykepleieprosessen skal dokumenteres, både observasjoner og funn som viser grunnlaget for beslutningene som tas, planlegging av behandlingsmål og tiltak samt effekten av disse (Grønseth & Nortvedt, 2022). Manglende dokumentasjon kan gjøre det vanskeligere for sykepleierne å vurdere pasientens behov og vanskeliggjør samtidig muligheten til å kommunisere observasjoner videre til kollegaer. Følgelig vil legen ha mindre grunnlag for å vurdere medisinerings til pasienten (Jenssen et al.,

2013). Rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy og dokumentasjon vil være med på å bedre vurderingsgrunnlaget for å håndtere smerter hos pasienter med alvorlig demens, og bør derfor være innebygd i sykehjemmenes rutiner for en god smertelindringsprosess.

5.1.3 Faglig usikkerhet og mangel på kunnskap

Manglende kunnskap resulterer i faglig usikkerhet, og vil dessuten påvirke sykepleierens kliniske vurderinger og beslutninger i smertelindringsprosessen (Grønseth & Nortvedt, 2022). Sykepleierne i Gilmore-Bykovskyi og Bowers (2013) påpekte at usikkerhet, særlig om smerteforekomst, gjorde at personer med demens hadde stor risiko for å oppleve undervurdering, underbehandling og forsinket smertebehandling. Sykepleierne i Jenssen et al. (2013) pekte på tilsvarende utfordringer, der sykepleiernes usikkerhet kunne føre til at noen pasienter ble overmedisinert og andre pasienter fikk smertebehandling de ikke hadde behov for. Denne tilnærmingen ble i forskningen referert til som prøving og feiling, der pasienter ble satt på fast smertebehandling fordi sykepleierne fryktet at de skulle mistolke eller overse pasientens smerter og at dette ville føre til unødvendig lidelse. En lignende fremgangsmåte for smertelindring ble fremhevet i Lillekroken og Slettebø (2013), der smertebehandling ble gitt fordi «det var til pasientens beste» og sykepleierne mente det var deres plikt å lindre smerte selv om det gikk utover pasientens autonomi. Intensjonen til sykepleierne var i utgangspunktet i tråd med velgjørenhetsprinsippet. Konsekvensen var imidlertid at pasienter som fikk denne behandlingen ble sløve, sov mye og andre lidelser ble vanskeligere å avdekke (Jenssen et al., 2013). Dette setter spørsmålsteget ved om sykepleierne ivaretok prinsippet om å ikke skade.

En smertelindringstilnærming slik den er beskrevet i ovennevnte studier skal være basert på faglig kyndighet, samt en innsikt i hvordan den enkelte pasient opplever sin situasjon (Grønseth & Nortvedt, 2022). Samtidig skal sykepleieren respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (NSF, 2019). Derfor er det paradoksalt at sykepleierne i forskningen var villige til å begrense grunnleggende pasientrettigheter til tross for usikkerhet knyttet til hvorvidt pasienten faktisk hadde smerter. Sykepleierne i Lillekroken og Slettebø (2013) påpekte dessuten at når pasientene ikke ville ta imot smertestillende falt valget på bruk av tvang. Ved manglende samtykkekompetanse, noe som ofte er tilfellet ved alvorlig demens, åpner pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4 A for at helsepersonell under visse vilkår kan yte helsehjelp til tross for pasientens motstand (Ø. Kirkevold, 2018). Dette forutsetter imidlertid at alle tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, men sykepleierne i

Lillekroken og Slettebø (2013) hadde hverken tid eller ressurser til motivasjonsarbeidet enkelte pasienter trengte. Sykepleiere skal ikke bruke ressursmangel som argument for å presse omsorg til under grensen for det som er moralsk og faglig forsvarlig, men snarere beskytte pasienten mot krenkende handlinger som unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (Kristoffersen & Nortvedt, 2016; NSF, 2019). Forskningslitteraturen indikerer at mangel på kunnskap kan gjøre bruk av tvang mindre etisk tyngende. Økt kunnskap vil bedre forståelsen av pasientens smerteopplevelse og redusere sannsynligheten for at sykepleieren vurderer symptomer og tegn på smerte uhildet (Grønseth & Nortvedt, 2022). Samtidig vil kunnskapsberikelse begrense tilfeldig og vilkårlig praksis for smertebehandling, og heller fremme muligheten for en god smertelindringsprosess (Danielsen & Berntzen, 2022).

Videreutdanning og kompetanseheving ble fremhevet av sykepleierne i Lundin og Godskesen (2021) som forutsetninger til å forbedre kunnskap og holdninger, og følgelig være en nøkkel til god omsorg og smertelindring. Flere sykepleiere i Jenssen et al. (2013) påpekte imidlertid at sykehjemmene fokuserte lite på kunnskapsutvikling hos personalet, og at det kunne være vanskelig å holde seg oppdatert fordi arbeidsplassen ikke tilrettela for faglig utvikling. En av informantene mente at dette førte til at kun sykepleiere som var spesielt interesserte, og villige til å tilegne seg faglige kunnskaper på fritiden, klarte å holde seg faglig oppdaterte (Jenssen et al., 2013). Dette funnet er påfallende ettersom helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §§ 8-1 til 8-2 plikter ethvert sykehjem å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Samtidig har sykepleieren, uavhengig av lovverk, en individuell plikt til å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis ut fra yrkesetiske retningslinjer og sykepleierens fagutviklende funksjon (NSF, 2019). Dette fremhever det personlige ansvaret sykepleieren har for faglig kunnskapsutvikling og kompetanseheving, og at strukturelle rammer ikke burde begrense sykepleieren fra å tilegne seg kunnskap som kan avhjelpe smerteforekomsten hos personer med alvorlig demens på sykehjem.

5.1.4 Samarbeidsutfordringer med lege og ufaglært personell

Et velfungerende tverrfaglig team, som samarbeider tett med pasient og pårørende, er avgjørende for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring (Torvik & Sandvik, 2020). Hvem som inngår i det tverrfaglige teamet kan variere ut fra kontekst og situasjon, men med utgangspunkt i funnene fra to av studiene er samarbeidet mellom lege og sykepleier mest

fremtredende. Sykepleierne i Jenssen et al. (2013) påpekte at et godt samarbeid med legen bidro til bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter, noe som igjen førte til bedre smertebehandling til pasientene. Erfaringene til sykepleierne var imidlertid avhengig av hvilket sykehjem de arbeidet på, og hovedvekten av opplevelsene indikerte samarbeidsutfordringer mellom lege og sykepleier. En av hovedutfordringene var at sykepleierne ikke fikk aksept for sine vurderinger av legen, noe som kunne resultere i mangelfull eller uteblitt smertebehandling for pasientene (Jenssen et al., 2013). Samtidig viste forskningen at flere av legene hadde lite kjennskap til personer med demens som pasientgruppe, noe som gjorde forutsetningene for samarbeidet krevende (Lundin & Godskesen, 2021).

Det er påfallende at sykepleierne primært opplevde utfordringer knyttet til samarbeidet med legen, både fordi det er nødvendig for å kunne gjennomføre smertelindringsprosessen, men også fordi sykepleieren skal være en premissleverandør for tverrfaglig samarbeid med relevante yrkesgrupper gjennom sin behandlende og administrative funksjon (Kristoffersen, 2016; NSF, 2019). Ifølge helsepersonelloven (1999) § 4 skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det, som jo vil være tilfellet ved smertelindring av en pasient. Legen og sykepleieren er gjensidig avhengige av hverandre i dette arbeidet, og tverrfaglig samarbeid vil kunne sikre ønsket resultat. Dette fordi det arbeides etter samme målsetting, og tiltakene som iverksettes settes i en sammenheng på bakgrunn av en felles forståelse for pasientens situasjon og utfordringer (Kristoffersen, 2016). Dette forutsetter imidlertid at sykepleieren får anerkjennelse og tiltro fra legen omkring sine vurderinger. Uten tillit fra legen vil det være krevende å gjennomføre en vellykket smertelindringsprosess, slik som sykepleierne i studiene opplever.

Tilgjengelige ressurser vil, som nevnt i teorikapitlet, avgjøre hvem sykepleierne arbeider mest med. Det er mangel på sykepleiere i Norge, i likhet med resten av verden, noe som kan forklare hvorfor ufaglærte deltok i smertelindringsprosessen i to av studiene (Flodgren et al., 2017). Sykepleierne i Lundin og Godskesen (2021) påpekte på den ene siden at samarbeidet med ufaglærte i utgangspunktet var viktig fordi ufaglærte ofte var tettere på pasienten og kunne oppdage smerten fortløpende. Manglende kompetanse blant ufaglærte kunne på den andre siden gjøre smertelindringsprosessen utfordrende fordi utilstrekkelig informasjon ble formidlet til sykepleierne (Lundin & Godskesen, 2021). Tilsvarende funn kommer også frem i Jenssen et al. (2013), der sykepleierne opplevde at begrenset kompetanse blant ufaglærte kunne føre til manglende rapportering og uenighet omkring pasientens behov for

smertelindring. Denne uenigheten kunne dessuten føre til at legen mottok sprikende opplysninger og at pasienten ikke fikk behandling. Manglende samarbeid i pleiegruppen resulterte også i at sykepleieren på slutten av en vakt kunne bli gjort oppmerksom på at en pasient hadde smerter eller andre plager (Jenssen et al., 2013). Sykepleierne mente at mangel på fagfolk og begrenset kompetanse blant ufaglærte var en reell fare for at pasientens lidelser kunne forbli uoppdaget og i verste fall føre til død (Jenssen et al., 2013).

Det sammensatte sykdomsbildet til personer med alvorlig demens, setter som tidligere nevnt høye krav til helsepersonells kunnskaper og kompetanse. Derfor er det oppsiktsvekkende at samtidig som pasient- og brukergruppene i kommunene blir mer kompliserte, mangler 25 % av personellet i kommunale helse- og omsorgstjenester en relevant fagutdanning (Flodgren et al. 2017). Basert på utfordringene presentert i studiene, må sykepleiere derfor sørge for at ufaglærte kan bidra i smertelindringsprosessen på best mulig måte. Sykepleieren har, gjennom sin undervisende funksjon, ansvar for å bistå medarbeidere slik at kunnskapsnivået og ferdighetsutøvelsen i personalgruppen heves (Kristoffersen et al., 2016). Dette er sentralt for smertelindringsprosessen. Samtidig forventes det at sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet (NSF, 2019). Et likere forståelsesgrunnlag vil kunne øke sannsynligheten for en vellykket smertelindringsprosess.

5.1.5 Pårørende som ressurs og belastning

Samarbeid med pårørende er avgjørende for en god og hensiktsmessig smertelindring for personer med alvorlig demens (Torvik & Sandvik, 2020). Pårørendes rolle er viktig for å beskytte pasientens interesser og understøtte beslutninger som er til pasientens beste (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Dette bekreftes også i utvalgt forskningslitteratur, der sykepleiere i tre av studiene beskriver pårørende som en ressurs og viktige samarbeidspartnere i smertelindringsprosessen (Jenssen et al., 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Pårørende var ofte kjent med en pasients tidligere atferd, og forstod noen ganger bedre enn sykepleierne hva pasienten uttrykte og om pasienten hadde smerter eller ikke. Sykepleierne mente at hjelpen til pårørende kunne være avgjørende for en personsentrert smertevurdering- og behandling av pasienten (Lundin & Godskesen, 2021). Dette indikerer at sykepleiere må være våkne for kompetansen pårørende har, og informasjonen de besitter om pasienten som utgangspunkt for en god smertelindringsprosess. Det fremgår dessuten av retningslinjekapitlet om lindrende behandling til personer med demens at utredning av smerte hos personer med

alvorlig demens skal der det er aktuelt inkludere observasjonene til pårørende som grunnlag for smertelindring (Helsedirektoratet, 2022a). Sykepleieren må derfor inkludere pårørende på en måte som gjør at de føler seg ivaretatt og respektert i denne prosessen (NSF, 2019).

Sykepleiere i flere av studiene bemerket imidlertid at pårørende også kunne være en belastning i smertelindringsprosessen, og at det ofte oppstod konflikter under utredning og behandling av smerte. Pårørende kunne blant annet påvirke smertelindringen negativt grunnet manglende innsikt i sykdomsprogresjon eller usikkerhet omkring legemidler, særlig i livets slutfase (Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Sykepleierne pekte på situasjoner der pårørende enten hadde vært bekymret for at pasienten ikke ble tilstrekkelig smertelindret og ville sende pasienten til sykehus, eller ønsket at det skulle gis så lite analgetika som mulig fordi de tenkte at legemidlet kunne føre til avhengighet eller fremprovosere personens død (Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Sykepleierne opplevde også vanskeligheter med å balansere familiens ønsker med beboerens behov samt dilemmaer knyttet til valg og hvem sine verdier som skulle prioriteres når det gjaldt smertelindrende behandlingstiltak (Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Pasientens autonomi ble ofte tilsidesatt og valg av tiltak ble foretatt på bakgrunn av pårørendes ønsker (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Forskningsartiklene viser at pårørende har motsetningsfylte roller når en nærstående er rammet av alvorlig demens. Dette kan blant annet skyldes at sykepleierne i studiene ikke i tilstrekkelig grad etterlevde sin undervisende funksjon overfor pårørende. Hadde sykepleierne ivaretatt denne rollen, burde pårørende hatt nødvendig informasjon om det forestående og de negative erfaringene sykepleierne opplevde kunne potensielt vært unngått eller minimert (Grønseth & Nortvedt, 2022). Mange pårørende føler at de ikke får nok undervisning og veiledning om legemidlene den gamle får, noe som er påfallende fordi pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-3 oppgir at pårørende har rett til informasjon om helsehjelpen som ytes dersom pasienten ikke kan ivareta sine interesser på grunn av demens (M. Kirkevold, 2020b). Samtidig viser forskningen at pårørende ikke nødvendigvis ivaretar pasientens interesser på best mulig måte, og i mange tilfeller vet heller ikke pårørende hva pasienten ville ha ønsket i en spesifikk situasjon. Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient skal imidlertid hensynet til pasienten prioriteres (NSF, 2019). Sykepleiere har et ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig med respekt for pasientens

verdighet og integritet og rett til ikke å bli krenket (NSF, 2019). Dette må sykepleiere sørge for selv om pårørende kan utfordre etterlevelsen av slik praksis i smertelindringsprosessen av personer med alvorlig demens på sykehjem.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie har vært en relevant metodisk tilnærming for å belyse oppgavens problemstilling og passende utgangspunkt for hvordan sykepleiere skal kunne arbeide kunnskapsbasert i smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem. Det innebærer at sykepleieren bruker kunnskapen tilegnet fra forskningen sammen med erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap og behov som grunnlag for bedre praksisutøvelse (Helsebiblioteket, 2021). Selv om en litteraturstudie har vært en aktuell tilnærming for å belyse problemstillingen, var rammene for litteraturstudiens utforming ut fra oppgitte vurderingskriterier noe begrensende. Det var blant annet krav om at oppgaven skulle inneholde fire til seks forskningsartikler, og basert på oppgavens ordramme opplevde jeg med bare fem utvalgte artikler at det var utfordrende å diskutere studienes resultater på en tilstrekkelig utfyllende måte. Det var også et faglig krav om at det skulle gjennomføres et strukturert litteratursøk i CINAHL. Selv om dette er en relevant database å bruke i helsefaglig kontekst, var dette likevel en begrensning fordi det var forhåndsbestemt hvor jeg kunne oppsøke og inkludere informasjon fra samt hvordan dette skulle gjøres.

5.2.2 Litteratursøk

For å finne aktuell forskningslitteratur brukte jeg meningsbærende ord i problemstillingen som utgangspunkt for søkeord til å gjennomføre litteratursøk. Kombinert med relevante avgrensninger samt inklusjons- og eksklusjonskriterier, resulterte det i fem studier som kunne brukes i oppgaven. Selve fremgangsmåten for søkene vurderes derfor som en styrke. Til tross for undervisning, tilgjengelige nettressurser og faglige krav i tidligere emner om å gjennomføre litteratursøk i vitenskapelige databaser, kjente jeg likevel på at jeg har begrenset erfaring med dette. Som oppgitt i metodekapitlet fikk jeg smale treff ved litteratursøk i to databaser. Dette kan tyde på at søkestrategien var mangelfull, enten som følge av utvalgte søkeord, avgrensninger og/eller inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er imidlertid usikkert hvorvidt andre søkeord hadde medført flere relevante treff ettersom jeg måtte generalisere søkeord i innledende søk for å i det hele tatt få treff om ønsket tema. Utvalgte avgrensninger samt inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt for søkene kan ha hatt større innvirkning på

treffstatistikken enn jeg tok høyde for, og fordi jeg oppnådde tilstrekkelig antall artikler med gitte kriterier gjorde jeg heller ikke ytterligere søk. Dette kan være en svakhet fordi jeg kan ha mistet sentral forskning relevant for oppgaven. Smale treff kan også indikere at det er begrenset forskning på oppgavens tematikk, og utfordrer derfor grunnlaget som er brukt til å trekke konklusjoner omkring oppgavens problemstilling.

5.2.3 Utvelgelses-/inkluderingsprosess av artikler

I utvelgelsen av artikler er det bare jeg som har vurdert kvaliteten og relevansen av disse. Selv om jeg etterstrebet objektivitet i valg av studier, kan jeg likevel ha hatt en utilsiktet bias, en potensiell svakhet ved egen utvelgelsesprosess. Samtidig har jeg hatt et bevisst forhold til søkeord, avgrensninger samt inklusjons- og eksklusjonskriterier, og mener dette har vært en styrke i prosessen med å velge ut relevante studier. Jeg gikk imidlertid delvis på kompromiss med tre av inklusjons- og eksklusjonskriteriene i utvelgelsen, deriblant aktuelle informanter, kontekst og målgruppe. Dette ville kanskje vært annerledes dersom jeg samarbeidet med en medstudent og kan vurderes som en overordnet svakhet ved utvelgelsesprosessen. I to av studiene, begge gjennomført i USA, går informantene under benevnelsene «licensed practical nurse» (LPN) og «registered nurse» (RN). Jeg har forsøkt å finne ut hva rollene tilsvarer i norsk helsefaglig kontekst, der det nærmeste blir henholdsvis helsefagarbeider og autorisert sykepleier. Det skilles imidlertid ikke mellom rollene i studiene, og begge sykepleiergruppene hadde dessuten samme ansvar for smertelindring (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Monroe et al., 2015). Derfor ble artiklene inkludert. Det kan også settes spørsmålstegn ved utvelgelsen av Lillekroken og Slettebø (2013) fordi sykepleiere ved både sykehus og sykehjem ble intervjuet. Selv om bare sykehjem er kontekst for oppgaven, har jeg likevel tatt med studien fordi det tydeliggjøres når informanter ved respektive institusjoner intervjues. Studien til Lundin og Godskesen (2021) fokuserer på personer med alvorlig demens i *livets slutfase*. Dette har ikke vært et inklusjonskriterium eller en avgrensning i oppgaven. Forskningen viser at sykepleiernes erfaringer med smertelindring for personer med alvorlig demens i livets slutfase tilsvarer de som kommer frem blant sykepleiere i andre utvalgte studier. Jeg vurderte derfor studien som relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

5.2.4 Kritisk vurdering av inkluderte artikler

Ettersom oppgavens problemstilling går ut på å finne ut hvilke faktorer sykepleiere erfarer at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem, har jeg valgt studier som har brukt en kvalitativ metode for innhenting av data. Selv om resultater fra

kvalitative studier ikke skal eller kan generaliseres, har likevel utvalgt forskning gitt innsikt i sykepleieres erfaringer på en måte som kan brukes videre i denne oppgaven (Sverdrup, 2020). Artiklene har med andre ord overføringsverdi. Dette er dessuten intensjonen bak kvalitative metoder, nemlig å fremskaffe innsikt og kunnskap som kan brukes av andre (Sverdrup, 2020). Uavhengig av om dataene i studiene i utgangspunktet er relevante, må de også være samlet inn på en måte som viser pålitelighet (Dalland, 2020). Utvalgt forskning viste imidlertid enkelte svakheter på dette området. Forskerne i tre av studiene påpekte ikke bakgrunnsforhold som kunne ha påvirket fortolkning av data. Videre brukte to av studiene fokusgruppeintervju som metode. Selv om dette kan være en god metode for å samle inn rikelig med data på kortere tid enn ved enkeltintervjuer, kan en slik tilnærming, særlig med et homogent utvalg informanter, raskt føre til konsensus og begrenset variasjon i informantenes egentlige meninger. Dette ble nevnt i Lillekroken og Slettebø (2013) som en mulig svakhet. Alle utvalgte studier nevnte dessuten begrenset antall intervjuobjekter samt lite geografisk nedslagsfelt som begrensninger ved egne funn. Overordnet kan disse forholdene redusere overførbarheten av forskningen og derfor funnene som presenteres i oppgaven.

To av de utvalgte studiene er norske og én er svensk. Funnene presentert i disse oppleves som troverdige, blant annet på bakgrunn av personlige arbeidserfaringer og gjenkjennelighet ved den kliniske konteksten og opplevelsene som kommer frem blant sykepleierne i studiene. Dette forsterker forskningens overføringsverdi for oppgaven. Jeg har også valgt to studier gjennomført i USA, der helsevesenet er ulikt det i Norge. Som påpekt ovenfor har det som kan tilsvare autoriserte sykepleiere og helsefagarbeidere tilnærmet likt ansvar for smertelindring. Dette ville ikke vært aktuelt i Norge. Begge amerikanske studier oppgir også at informantene fikk et pengebeløp for deltakelse, og selv om beløpene var beskjedne, kan det settes spørsmålsteget ved deltakernes intensjoner og følgelig troverdigheten ved resultatene. Overordnet viser imidlertid den amerikanske forskningen tilsvarende erfaringer som påpekt blant sykepleiere i den skandinaviske forskningen. Helhetsinntrykket av samtlige utvalgte artikler etter vurdering med Helsebibliotekets (2020) sjekkliste for kvalitative studier er at studiene er troverdige. Dette er blant annet fordi alle artiklene viser forskningsstrategi og analysemetode på en oversiktlig måte, og har oppnådd metning av data slik at funn kan presenteres i ulike kategorier. Samtidig diskuterer forskerne funnene balansert og objektivt, og drøfter, som nevnt, svakheter ved egen forskning. Dette styrker troverdigheten til artiklene (Kildekompasset, u.å.). Samtlige studier er dessuten fagfellevurderte og bygget opp etter IMRaD-struktur, to kvalitetsindikatorer for vitenskapelige artikler (Kildekompasset, u.å.).

6 Konklusjon

Denne oppgaven har forsøkt å besvare problemstillingen: «Hvilke faktorer erfarer sykepleiere at påvirker smertelindringsprosessen for personer med alvorlig demens på sykehjem?». Min tilnærming til problemstillingen bygger på funn fra fem selvutvalgte studier og relevant faglitteratur. Det er imidlertid ikke gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen, og følgelig er det usikkerhet ved hovedkonklusjonene som trekkes i oppgaven. Funnene som presenteres må derfor forstås ut fra dette grunnlaget. Først og fremst erfarte sykepleierne at kommunikasjonsbarrierer i møte med personer med alvorlig demens og utfordringer med å skille smerteatferd med typisk demensatferd vanskeliggjorde vurdering og kartlegging av smerte. Videre påpekte sykepleierne at manglende rutiner for kartlegging, inkludert bruk av kartleggingsverktøy, og dokumentasjon av smerte vanskeliggjorde grunnlaget for vurdering og behandling. Sykepleierne erfarte også at faglig usikkerhet og mangel på kunnskap, særlig om smerteforekomst hos personer med alvorlig demens påvirket smertebehandlingen og tilnærming for dette. Sykepleierne opplevde også at samarbeidsutfordringer med lege og ufaglærte fikk innvirkning på vurdering og behandling av smerte. Til slutt erfarte sykepleierne at pårørende kunne være en ressurs og belastning for gjennomføring av smertelindrende behandling. Forskningen indikerer følgelig at sykepleiere erfarte at fem ulike faktorer påvirket smertelindringsprosessen, der vurdering, kartlegging, behandling og dokumentasjon av smerte var særlig sårbare områder i prosessen. Selv om funnene er forbundet med en viss usikkerhet, viser de samtidig områder hvor sykepleiere bør vurdere om det finnes et forbedringspotensial. Dette kan kanskje være et skritt på veien mot å oppnå at smerter hos personer med alvorlig demens på sykehjem blir et sjeldent fenomen.

Referanseliste

- 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. 262-281). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Engedal, K & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens?. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13-40). Forlaget Aldring og helse.
- Flodgren, G. M., Bidonde, J. & Berg, R. C. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene* (Rapport 2017). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>
- Gilmore-Bykovskyi, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-22). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2020, 15. oktober). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*.
https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/_attachment/download/faa504f9-2b48-4f58-98fd-a5e7539854fb:9a653dd0e7c2a882d4c6c4e4492eaecbd28b18a4/sjekkliste-kvalitativ-2020.docx

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Smerte*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsedirektoratet. (2022a, 11. mai). *Lindrende behandling til personer med demens*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens>

Helsedirektoratet. (2022b, 27. november). *Om demens*.

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

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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

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

Husebø, B. S. (2016). Lindrende demensomsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka:*

Lærebok for helse- og omsorgspersonell (s. 481-506). Forlaget Aldring og helse.

International Association for the Study of Pain. (2020, 16. juli). *IASP Announces*

Revised Definition of Pain. IASP. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, 5(3), 26-34.

<https://docplayer.me/9365686-Smertebehandling-til-pe-med-langtkommen-dem.html>

Johannesen, B. & Toftaker, J. (2021, 27. september). Ny forskning: 1 av 3 med demens har alvorlige smerter. *NRK*. https://www.nrk.no/trondelag/ny-forskning_-1-av-3-med-demens-har-alvorlige-smerter-1.15667580

Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Hentet 15. desember 2022 fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kirkevold, M. (2020a). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.

Kirkevold, M. (2020b). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 141-159). Gyldendal.

Kirkevold, Ø. (2018). Rettssikkerhet for personer med demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 373-389). Forlaget Aldring og helse – akademisk.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 193-266). Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A. & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: A systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14(138), 1-19.

<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*. 109(33), 29-33.

<https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Lovisenberg diakonale høgskole. (2022, 26. oktober). *Databaser og nettressurser: Ressurser for artikkelsøk, kliniske oppslagsverk og nettressurser.*

<https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>

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(48), 1-11.

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

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Homes with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer.*

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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>

- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-81). Gyldendal.
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- 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.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm.
- Tjernshaugen, A. (2019, 5. juni). Faktor. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/1322708>
- 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.

Vedlegg: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie (1-5)

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>

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:

Forskerne ønsket å undersøke hvordan sykepleiere tar beslutninger om medisinsk smertebehandling hos sykehjemsbeboere med demens.

Forskerne ønsket å finne svar på dette fordi det ikke finnes studier som har undersøkt sykepleieres beslutningstaking om å gi analgetika til personer med demens. Ved å identifisere forhold som viser uoverensstemmelsen mellom sykepleieres identifisering av smerteindikatorer hos personer med demens og tiltakene de iverksetter relatert til behandling kan det bidra til å forbedre smertebehandling til en sårbar gruppe.

Problemstillingen aktualiseres med statistikk om smerteforekomst hos personer med demens og ved å vise til tidligere forskning som blant annet viser hvordan sykehjemsbeboere med demens er undervurdert og underbehandlet for smerter.

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:

Forskerne ønsket å belyse sykepleierens forståelse for smerte hos personer med demens, noe som gjør en kvalitativ tilnærming aktuell.

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:

Forskerne oppgir at de har kvalitativt forskningsdesign til å undersøke forståelsen sykepleiere har om smerte hos personer med demens, og tiltakene de velger i forhold til forståelsen, og hvordan de to henger sammen. Et annet hovedmål med studien var å identifisere forhold som påvirker sykepleieres

handlinger knyttet til smertebehandling. Disse målene egner seg godt for utvalgt forskningsdesign. Metoden var «grounded dimensional analysis» med dybdeintervjuer, og det gis god begrunnelse for denne metodiske tilnærmingen under «research design» på s. 128.

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:

Tre «licensed practical nurses» og ti «registered nurses» ved fire sykehjem som var del av et større pensjonistfelleskap i Wisconsin, USA.

Forskerne jobbet i samarbeid med sykepleiedirektører for å rekruttere deltakere. Deltakere ble rekruttert ved hjelp av e-post fra sykepleiedirektører, flygeblader plassert i utpekte arbeidsområder og ved en kunngjøring på et personalmøte. Informanter fikk \$ 15 for deltakelse.

Det er diskusjon om utvalget og det diskuteres kvalifikasjoner på respektive sykepleierroller. «Licensed practical nurses» har i utgangspunktet lavere utdanning og færre arbeidsoppgaver enn «registered nurses», men på aktuelle sykehjem og basert på annen forskning fungerer disse rollene tilnærmet likt. Det oppgis at begge yrkesroller er inkludert fordi de utfører tilsvarende arbeid.

Det gis ingen øvrige begrunnelser for hvorfor akkurat disse informantene er valgt foruten at det eneste inklusjonskriteriet var at sykepleierne skulle ha erfaring i omsorg for personer med demens.

Det er ikke samlet inn demografisk informasjon eller andre karakteristika om deltakerne foruten kravet om aktuelle kvalifikasjoner til å kunne gjennomføre studien.

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:

Intervjuer ble gjennomført i et privat rom på deltakernes arbeidssted og på et tidspunkt egnet for deltakerne.

Forskerne brukte dybdeintervjuer for å samle inn data, og oppgir at dette var en egnet metode for å innhente ønsket data.

Forskerne begynte intervjuene først med åpne spørsmål og etter hvert mer konkrete og spesifikke spørsmål om f.eks. sykepleieroppgaver rundt smertebehandling. Det beskrives også at forskerne modifiserte intervju spørsmål underveis. Eksempelvis hvis en deltaker fortalte om en behandlingsbeslutning som involverte en beboer med alvorlig demens som nylig ble operert, ville forskeren undersøke hvordan det skilte seg fra en beboer uten demens eller mild demens etter operasjonen. Å be en deltaker om å gi detaljer om de to separate situasjonene og forklare og sammenligne tilnærmingene for de respektive situasjonene ga et sammenlignende grunnlag.

To deltakere ble intervjuet to ganger. Oppfølgingsintervjuene ble brukt bl.a. til å undersøke nærmere nye spørsmål som dukket opp under analysen.

Dataene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim.

Forskerne diskuterer metning av data ved å påpeke at de først og fremst stolte på teoretisk metning av studiens tematiske hovedkategori (hvordan sykepleiere reagerer på smerte som manifesterer seg som endring i atferd) for å bestemme antall informanter. Det ble også vurdert etter kvaliteten på dataene (som forskerne beskriver som rik og beskrivende) og omfanget av hovedkategorien av interesse (som forskerne beskriver som spesifikk og ikke for bred).

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 kommer frem hvilken yrkestittel, utdanningsbakgrunn og arbeidssted forskerne har. Det presiseres det at det ikke foreligger interessekonflikter, hverken økonomiske eller andre.

Det er ikke gjort endringer i utforming av 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:

Forskningen er ikke forklart til deltakerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt, men forskerne oppgir at ingen informasjon som kunne identifisere pasientene på sykehjemmene eller sykepleierne som informanter ble innhentet.

Ingen etiske problemstillinger ble avdekket underveis i studien.

Forskningen var fritatt godkjenning fra etisk komité på bakgrunn av forklarte forhold under pkt. 1.

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:

Forskerne oppgir under «research design» på s. 128 at grounded dimensional analysis er et alternativ til grounded theory. Forskerne oppgir at datasamling og analyse ble gjennomført med grounded dimensional analysis, der dette foregår samtidig og syklisk. Det vil si at innsamlet data analyseres etter hvert intervju, slik at forskeren kan følge opp spørsmål i påfølgende intervjuer etter en konseptuell modell.

Under «data collection and analysis» på s. 129 er det gjort rede for trinnene i analysen. Disse er inndelt i tre faser («open coding», «axial coding» og «selective coding»).

Forskerne presenterer funnene i fire overordnede kategorier (1. responding to uncertainty, 2. nurses' understanding of pain and decisions to treat pain in residents with dementia, 3. responding to

certainty, 4. visible/obvious pain: a dominant condition) basert på relevante funn med passende sitatbruk.

Datagrunnlaget er tilstrekkelig for å underbygge funnene. Data er systematisert i to tabeller og de har utviklet en konseptuell modell basert på funn. Det er ikke identifisert motstridende data i analysen. Forskerne oppgir at sykepleierne rapporterte jevnt over like erfaringer knyttet til studiens tematikk.

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:

Andre kilder, primært annen forskningslitteratur, er supplert underveis i diskusjonskapitlet både for å vurdere og underbygge funn.

Forskerne har en balansert og objektiv diskusjon.

Forskerne diskuterer funnenes troverdighet i liten grad, men påpeker imidlertid at funnene må tolkes i lys av dens begrensninger. Forskerne påpeker også at de ikke så deltakerne i arbeid, noe som gjør at forskerne ikke med sikkerhet kan etablere samsvar mellom sykepleiernes rapporterte behandlingsmønstre og deres faktiske handlinger. Forskerne oppgir også at de har fått ekstern bistand knyttet til analysen og utvikling av intervjuguide, noe som gir funnene troverdighet.

Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen i diskusjonskapitlet og er kort oppsummert under avsnittet «conclusions and future directions» på s. 137.

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 både opp mot eksisterende kunnskap og forståelse samt forskningsbasert litteratur. Forskerne påpeker blant annet at sykepleierne i utgangspunktet har gode intensjoner og ønske om å smertelindre personer med smerter, og påpeker i den sammenheng hvor det potensielt skorter og hva som kan bedre dette arbeidet for sykepleierne.

Forskerne påpeker behov for å undersøke sykepleieres smertebehandlingspraksis med et større utvalg og utvidet omsorgsområde enn det studien gjør.

Det er ikke diskutert om funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på da de selv presiserer begrenset overførbarhet på bakgrunn av et fåtall intervjuobjekter som alle jobbet i et geografisk likt område.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til 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(48), 1-11.
<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:

Forskerne ønsket å beskrive sykepleieres erfaringer med omsorg for personer med langtkommen demens og smerter ved livets slutt.

Forskerne ønsket å finne svar på dette fordi det finnes få studier som har tatt for seg erfaringene til sykepleiere på dette området.

Problemstillingen aktualiseres ved å vise til aktuell statistikk og utfordringer med smerteforekomst og smertebehandling hos personer med alvorlig demens.

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:

Forskerne ønsker å belyse sykepleieres erfaringer, noe som gjør en kvalitativ metode 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:

Forskerne oppgir at de bruker deskriptivt utforskende design, men det diskuteres ikke hvorfor denne metoden ble brukt utover at den var hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

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:

Alle deltakerne ble rekruttert fra sykehjemsheter spesialisert på demensomsorg i Stockholm.

16 av de 46 administrative lederne ved tilfeldig utvalgte sykehjem tillot studien. Lederne, på vegne av forskerne, delte ut invitasjonsbrev og informasjon om studien til sykepleiere som oppfylte inklusjonskriterier. Det blir diskutert hvorvidt det er skjevhet i representasjon under «strengths and limitations» på s. 9.

Den høye arbeidsbelastningen, den pågående omorganiseringen av avdelingene og kravet til lang erfaring med behandling i livets slutfase for sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter gjorde rekruttering av tilstrekkelig antall deltakere utfordrende.

Det er ikke begrunnet hvorfor akkurat disse sykepleierne ble valgt utover inklusjonskriteriet om minst ett års praksis som autorisert sykepleier på sykehjem og erfaring med behandling ved livets slutt for beboere med langtkommen demens og smerter. Det er imidlertid underforstått at sykepleiere er aktuelle informanter basert på studiens hensikt.

Det er en egen tabell på s. 3 som viser karakteristikk på deltakerne omkring kjønn, alder, utdanning, arbeidsfartid som sykepleier og år i arbeid på demensavdeling 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:

Valg av setting ble ikke begrunnet utover en kommentar om at de fant sted i arbeidstiden på respektive sykehjem.

Datasamlingen foregikk via semistrukturerte dybdeintervjuer og ble valgt fordi den lot deltakerne å uttrykke følelser og holdninger samt forståelse på studiens tematikk.

Forskerne brukte intervjuguide som ble utviklet fra en gjennomgang av litteraturen og spørsmålene ble styrt av hensikten med studien. Spørreskjemaet bestod av semistrukturerte, åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål for ytterligere avklaring. Før intervjuet informerte forskeren deltakerne om at spørsmålene ville fokuseres på de siste ukene og dagene før sykehjemsbeboerens død. Studien har en tilhørende fil med anvendt intervjuguide.

Et pilotintervju ble gjennomført for å teste forståelighet og egnethet, og førte til mindre justeringer i intervjuguiden.

Dataene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim.

Metning av data blir diskutert under «strengths and limitations» på s. 9. Forskerne påpeker blant annet at de hadde god representasjon av deltakere knyttet til alder, kjønn og omfang av arbeidserfaring i svenske sykehjem slik at funnene bidro til vesentlig kunnskap om studiens tematikk.

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 presiseres det at det ikke foreligger interessekonflikter.

Det er ikke gjort endringer i utforming av 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:

Detaljert beskrivelse av etiske forhold med hensyn til informanter under «ethical considerations» på s. 3. Det påpekes blant annet at som en del av samtykkeprosessen ble deltakerne informert om at deltakelsen var frivillig og at samtykket kunne trekkes tilbake når som helst uten forklaring. Deltakerne ble også forsikret, både skriftlig og muntlig, om at data ville bli behandlet konfidensielt og at resultatene ville bli rapportert på en måte slik at identifisering av informantene ikke var mulig.

Det kommer ikke frem at det har vært etiske problemstillinger underveis i studien.

Studien oppgir at det ikke er nødvendig med etisk godkjenning ved ikke-intervensjonell forskning som ikke utgjør noen identifiserte risikoer for studiedeltakere og som ikke krever behandling av sensitive data. Studien fulgte likevel etiske standarder skissert i Helsinkideklarasjonen og innsamlet data ble håndtert i tråd med EUs datalagringsdirektiv.

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:

Forskerne oppgir at de brukte tematisk innholdsanalyse og henviser til en kilde (som omhandler analyse og presentasjon av kvalitative data (*Analysing and Presenting Qualitative Data* av Burnard et al. [2008])).

Under «data analysis» gjør forskerne rede for trinnene i analysen. Analyseprosessen er også presentert i en tilhørende tabell på s. 4.

Dataene er fremstilt i tre overordnede kategorier (1. kommunikasjonsutfordringer, 2. relasjonelle utfordringer og 3. organisatoriske utfordringer) med passende sitatbruk for å illustrere funnene.

Datagrunnlaget er tilstrekkelig for å belyse deltakernes erfaringer og underbygge funnene knyttet til studiens tematikk. Motstridende data er ikke tatt med i analysen da det virker som om informantene opplever samme utfordringer basert på tematikken som belyses i studien.

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 studiens diskusjonskapittel er det omfattende bruk av kilder presentert sammen med funnene.

Forskerne har en objektiv og balansert diskusjon.

Tydlig beskrivelse av funnenes troverdighet under «strengths and limitations» på s. 9. Forskerne påpeker blant annet styrker og svakheter ved egen forskning, f.eks. om rekrutteringsprosess. Troverdigheten konkretiseres også under «authors' contributions» på s. 9 der det kommer frem at begge forskerne har gjennomført analysen.

Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen underveis i diskusjonskapitlet og er oppsummert under «conclusions» på s. 9.

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 påpeker at deres studie bidrar med vesentlig kunnskap om kompleksiteten i omsorgen for beboere med langtkommen demens og smerter ved livets slutt. Forskerne vurderer også funnene opp mot dagens praksis i avsnittet «relevance to clinical practice» på s. 9 ved å påpeke blant annet at det er behov for utdannede sykepleiere med spesialisering innen palliativ behandling eller demensomsorg ved sykehjem for å kunne imøtekomme de omtalte utfordringene med passende ferdigheter og kunnskap. Det nevnes også behov for ressurser og strategier for å informere pårørende om omsorg ved livets slutt og involvere dem i beslutningstaking.

Det presieres at det fortsatt er kunnskapshull på området, og at det er behov for ytterligere forskning, bl.a. videre vurdering av hva som er beste praksis for omsorg ved livets slutt for personer med alvorlig demens og smerter.

Forskerne oppgir at deltakerne var fra sykehjem i én by, noe som indikerer at resultatene ikke bør utvides til andre land og kontekster. Samtidig påpekes det at omfanget av studien også viser god representasjon, noe som kan antyde en viss overførbarhet.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Homes with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

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:

Forskerne ønsket å undersøke hvilke signaler og praksis sykepleiere brukte for å identifisere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens.

Forskerne ønsket å finne svar på dette fordi sykehjemsbeboere med demens risikerer dårlig smertebehandling, og ved å avdekke hvilke barrierer som hindrer god praksis vil det bidra til å utvikle strategier som kan forbedre sykepleiernes utøvelse.

Problemstillingen aktualiseres ved å vise til omfang av smerteforekomst blant personer med demens, demografiske utfordringer og annen relevant forskning knyttet til smerter hos personer med demens på sykehjem.

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:

Forskerne ønsket å forstå og belyse et fenomen, altså hvordan sykepleiere vurderer og behandler smerte hos personer med alvorlig demens, noe som gjør en kvalitativ metode hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

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:

Forskerne oppgir at studien skal ha et utforskende studiedesign, men gir ingen begrunnelse for dette valget. Det er imidlertid implisitt at dette er en aktuell tilnærming basert på studiens problemstilling.

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:

29 «registered nurses» og «licensed practical nurses» med direkte omsorgsansvar for sykehjemsbeboere med langtidsplass i Nashville, Tennessee-området i USA.

Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av plakater, e-post og jungeltelegraf. Interesserte deltakere tok direkte kontakt med forskerne for deltakelse. Informanter fikk \$ 30 for deltakelse.

Det er ikke diskusjon omkring utvalget.

Sykepleiere ble ekskludert dersom deres ansvar ikke inkluderte vurdering og behandling av smerte.

Ingen identifiserbare data ble samlet inn (f.eks. lokasjon, kjønn, alder). Dette ble begrunnet med at det skulle lette muligheten for informantene å gi uttrykk for meninger under intervjuprosessen.

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:

Valg av setting begrunnes ikke, men foregikk i private konferanserom ved to forskjellige sykehjem.

Fokusgruppemetodikk etter Krueger & Stone (2008) ble benyttet for å samle inn data. Det beskrives at hver fokusgruppe ble ledet av en forsker som moderator med en annen forsker som assisterende moderator for å gjennomføre opptak, ta notater samt registrere kroppsspråk eller andre subtile relevante signaler.

Data ble samlet inn via semistrukturerte, åpne spørsmål. Spørsmålene ble utviklet ved å bruke et konseptuelt rammeverk etter Monroe et al. (2012) knyttet til smertefølelse hos personer med demens. Sykepleiere ble bedt om å identifisere utbredelsen og smerteindikatorer hos sykehjemsbeboere med demens, hvordan de bestemte tilstedeværelse av smerte og hvilke behandlingsstrategier de vanligvis brukte. Forskerne undersøkte spesifikt etter utfordringer på hvert av disse områdene. Forskerne oppmuntret også til peer-to-peer-interaksjoner for bedre å simulere den virkelige dynamikken.

Metoden ble ikke endret i løpet av studien.

Dataene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim.

Forskerne diskuterer metning av data i liten grad, men oppgir at forskningen gir innsikt i informasjon som kan bidra til å forstå sykepleieres holdninger med smertevurdering for personer med demens. Basert på studiens funn kan det være med å fremheve tiltak som kan forbedre livskvaliteten til pasientgruppen. Samtidig har forskerne oppnådd tilstrekkelig med data for å kunne kategorisere funn, noe som også er indikasjon på metning.

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 kommer frem at forskerne er doktorgradsaktuelle sykepleiere med spesialisering i geriatri og at de har tidligere erfaring i gjennomføring av fokusgruppeintervjuer og analyse av fokusgruppedata. Selv om dette kan gi indikasjoner for forskernes forståelse for temaet, kommer det ikke frem hvordan deres roller påvirker punktene a-c.

Det er ikke gjort endringer i utforming av 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:

Forskerne oppgir at de innhentet samtykke og at konfidensialitetskrav ble forklart til informantene i forkant av intervjuene. En fraskrivelse av dokumentert informert samtykke ble gitt for å tillate anonymitet.

Ingen etiske problemstillinger ble avdekket underveis i studien.

Studien var godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Board (en institusjonell etisk komité i USA). Slik godkjenning kreves for all forskning som involverer mennesker, inkludert innsamling av intervjudata.

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:

Forskerne beskriver teknikk for analysen, som «scissor-and-sort technique». Dette beskrives som en velkjent teknikk for fokusgruppetranskripsjonsanalyser.

Under «qualitative data analysis» på s. 317 er det gjort rede for de ulike trinnene i analysen.

Dataene er fremstilt i et overordnet tema (å sette sammen et komplekst puslespill) og deretter fem underordnete kategorier (1. usikkerhet om smerteopplevelsen til beboere med demens, 2. å være detektiv for å bestemme smerteomfang, 3. avklarende faktorer med betydning for smertevurdering- og behandling, 4. konfliktløsning [særlig overfor familie] og 5. sykepleierens rolle). Funnene er oversiktlig presentert i disse kategoriene med tilhørende sitater.

Datagrunnlaget er tilstrekkelig for å belyse og underbygge funnene. Det kommer tydelig frem sykepleierens refleksjoner om smertebehandling hos personer med demens. Motstridende data er

ikke tatt med i analysen noe som kan skyldes at intervjuene er gjennomført som fokusgruppe. Dette presiserer også forskerne som en mulig svakhet ved forskningen under «discussion» på s. 319.

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 supplert med andre kilder, primært annen forskningslitteratur, underveis i diskusjonskapitlet både for å vurdere og underbygge funn.

Forskerne har en noe kortfattet diskusjon, men får samtidig frem vesentlige momenter fra funnene på en balansert måte. Dette gjelder blant annet sykepleieres oppfatning av pårørende som ressurs og belastning i forhold til smertelindrende behandling (s. 319).

Forskerne diskuterer funnenes troverdighet ved å diskutere styrker og svakheter ved egen metode og overførbarhet av studien under «discussion» på s. 319. Som tidligere nevnt, har alle tre forskerne gjennomført analysen noen som også underbygger funnenes troverdighet.

Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen underveis i diskusjonskapitlet og er oppsummert i siste avsnitt under «discussion» på s. 319.

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 opp relevant forskningslitteratur, men i liten grad. Samtidig viser forskerne hvilken verdi deres funn har for tematikken, og hvordan dette kan bedre sykepleieres holdninger og strategier med å identifisere og behandle smerte.

Forskerne oppgir behov for videre forskning for å bedre forstå sykepleieres beslutninger om å bruke smertestillende medisiner vs. psykofarmaka når en sykehjemsbeboer med demens viser endring i atferd. Funnene støtter også videre bruk og utvikling av kartleggingsverktøy for smerte.

Forskerne oppgir studiens begrensninger knyttet til generaliserbarhet og overførbarhet som følge av metode (fokusgruppeintervjuer) samt begrenset antall informanter og fåtall inkluderte sykehjem som grunnlag for datainnsamling.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, 5(3), 26-34. <https://docplayer.me/9365686-Smertebehandling-til-pe-med-langtkommen-dem.html>

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:

Forskerne ønsket å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å vurdere smerter hos personer med alvorlig demens og språkvansker, og hvilke utfordringer som møter sykepleierne når de skal vurdere grad av smerter til pasienter med kognitiv svikt.

Forskerne ønsket å finne svar på dette for å finne ut hvilke forutsetninger som burde ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring til pasienter med langtkommen demens og språkvansker.

Problemstillingen aktualiseres gjennom en omfattende innledning som viser til blant annet statistikk, smerte som fenomen og smerteforekomst hos personer med alvorlig demens på sykehjem.

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:

Forskerne ønsker å belyse sykepleieres erfaringer, noe som gjør en kvalitativ metode 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:

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt inspirert av Malterud som forskningsdesign. Fenomenologien tar utgangspunkt i individets opplevelse for å oppnå forståelse av personers erfaringer, og forskerne ønsket å få sykepleierne til å

sette ord på sin kliniske hverdag i møte med pasienter med alvorlig demens og gjennom intervju, som følgelig var utvalgt metode for innhenting av data.

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:

Fem sykepleiere ansatt ved ulike sykehjem hjemmehørende i fire kommuner i Nord-Norge.

Det blir ikke gjort rede for hvordan informantene ble valgt ut utover hvor de ble rekruttert fra.

Det er noe diskusjon omkring utvalget, og det blir nevnt at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

Det er ikke begrunnet hvorfor akkurat disse deltakerne ble valgt utover inklusjonskriteriet om lang erfaring fra å jobbe som sykepleier med demenspasienter. Det er også underforstått at sykepleiere er aktuelle informanter basert på studiens hensikt.

Kvinnelige sykepleiere mellom 28 og 60 år.

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 av praktiske grunner avvirket på arbeidsplassen i arbeidstiden og to ble gjennomført i informantenes hjem.

Individuelle halvstrukturerte forskningsintervju med støtte av intervjuguide ble benyttet for å samle inn data for å få innsikt i sykepleiernes erfaringer om studiens tematikk. Dette begrunnes med at for å kunne belyse temaet var det viktig å få del i erfaringene sykepleierne hadde fra sitt arbeid med personer med alvorlig demens.

Intervjuguiden var bygget opp etter erfaring fra aktuell forskningslitteratur, der følgende temaer var inkludert: utfordringer i å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens, videreformidling av observasjoner samt bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne ble også bedt om å reflektere rundt situasjoner der mistanke om smerter plaget pasienten var blitt bekreftet og eksempler der smerter hadde eksistert lenge uoppdaget. Det ble videre reflektert over eksempler der pasienter hadde fått smertebehandling hvor det i ettertid viste seg å være feil, og hvordan dette grunnlaget ble vurdert. Målet var å få frem hvordan de involverte selv opplevde å stå i slike situasjoner.

Metoden ble ikke endret i løpet av studien.

Dataene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim.

Metning av data blir diskutert under «metodologiske refleksjoner» på s. 33. Det nevnes blant annet at datamaterialet viser enighet blant informantene omkring utfordringer som fremkommer i materialet og at de kan gi en indikasjon på problemer som er felles for informantene og sykepleiere på andre sykehjem kan ha lignende opplevelser. Samtidig har forskerne oppnådd tilstrekkelig med data for å kunne kategorisere funn, noe som også er indikasjon på metning.

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:

På s. 26 i artikkelen står det hvilke yrkestitler, utdanningskvalifikasjoner og arbeidssted forskerne har noe som gir indikasjon for forskernes roller, men det nevnes ikke hvilken betydning dette har for punktene a-c.

Det er ikke gjort endringer i utforming av 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:

Informantene ble skriftlig informert om formålet med studien og hvordan det skriftlige materialet skulle benyttes. Datamaterialet ble anonymisert i henhold til Helsinkideklarasjonen.

Forskerne oppgir at de kontaktet informantene dersom det var usikkerhet omkring bruken av utsagn fra intervjuet. Utover dette var det ingen etiske problemstillinger underveis i studien.

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og de forskjellige sykehjemmene ga tillatelse til studien.

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:

Fenomenologisk innholdsanalyse inspirert av Malterud.

Trinnene i analysen er gjort rede for under «analyse» på s. 28-29.

Dataene er fremstilt i tre overordnede kategorier (1. prøve og feile, 2. betydning av tverrfaglig samarbeid, 3. betydning av faglig kunnskap for god smertebehandling) med passende sitatbruk for å illustrere funnene.

Datagrunnlaget er tilstrekkelig for å belyse deltakernes erfaringer om utvalgt tema. Motstridende data er med, men i relativt liten grad. Et eksempel er sykepleiernes erfaringer med samarbeid med legen varierte ut fra hvilket sykehjem de arbeidet på.

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:

Forskerne viser til relevant litteratur og forskning i diskusjonskapitlet for å underbygge funnene som kommer frem blant informantene i studien. Forskerne presiserer dessuten at basert på kategoriene de presenterer sine funn, kunne de vurdere informantenes erfaringer opp mot annen relevant litteratur.

Forskerne har en objektiv og balansert diskusjon.

Forskerne omtaler funnenes troverdighet under «metodologiske refleksjoner» på s. 33. Der nevnes det blant annet styrker og svakheter ved studien noe som fortsterker studiens troverdighet.

Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen underveis i diskusjonskapitlet og er oppsummert under avsnittet «konklusjon» på s. 33-34.

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:

Gjennomgående for studien diskuterer forskerne studiens bidrag opp mot eksisterende kunnskap, og viser til relevant forskningsbasert litteratur for å vurdere egne funn.

Oppgir ikke behov for ny forskning.

Forskerne oppgir at funnene ikke kan generaliseres, men gir en indikasjon på problemer som er felles for informantene og at sykepleiere på andre sykehjem kan ha lignende opplevelser. Forskerne oppgir forutsetninger for at sykepleiere skal kunne vurdere og behandle smerte hos personer med langtkommen demens.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 109(33), 29-33.

<https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

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:

Forskerne ønsket å utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.

Forskerne ønsket å finne svar på dette fordi det generelt finnes få kvalitative studier som beskriver sykepleiernes utfordringer omkring dette temaet.

Problemstillingen aktualiseres med statistikk knyttet til demografiske endringer, spesielt i alderssammensetning og hvordan dette har betydning for smerteforekomst. Det nevnes sammenheng mellom alder, kognitiv svikt og smerte og at sykepleiere må møte disse utfordringene med økt fokus på eldre menneskers sykdommer og plager.

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:

Forskerne ønsker å belyse sykepleieres erfaringer, noe som gjør en kvalitativ metode 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 har kvalitativt utforskende design. For å kunne utforske sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring av pasienter med demens og for å kunne forstå sider ved informantenes dagligliv og deres perspektiv, oppgir forskerne at et kvalitativt forskningsintervju var

en egnet metode for datasamling. Fokusgruppeintervjuer og en semistrukturert intervjuguide ble benyttet for å samle inn data.

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:

Sykepleiere ansatt ved geriatriske avdelinger ved to ulike sykehus og en skjermet enhet for personer med demens ved et kommunalt sykehjem i Østlandsområdet.

Rekruttering foregikk via ledelsen ved den enkelte avdeling.

Det er noe diskusjon omkring utvalget, der det blir nevnt at potensielle deltakere fikk tilsendt et informasjonsskriv om studiens formål hvor det ble lagt stor vekt på frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg uten konsekvenser og uten å oppgi årsak til dette. Ingen frafall ble registrert.

Det er ikke diskutert hvorfor akkurat disse deltakerne ble valgt. Det er imidlertid underforstått at sykepleiere er aktuelle informanter basert på studiens hensikt.

Alder, arbeidserfaring og utdanning nevnes. Både alder og erfaring varierte blant deltakerne. Alderen på deltakerne varierte fra 24 til 61 år og arbeidserfaring innen geriatri eller eldre-/ demensomsorgen var fra 3 til 35 år. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning innen eldre-/demensomsorgen.

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:

Valg av setting for datainnsamlingen begrunnes ikke, men det nevnes at det er institusjonenes lokaler og i sykepleiernes arbeidstid.

Fokusgruppeintervjuer og en semistrukturert intervjuguide ble benyttet for å samle inn data. Det kvalitative forskningsintervjuet ble vurdert som mest egnet metode for datasamling.

Førsteforfatteren modererte fokusgruppeintervjuene. En comoderator var tilstede under intervjuene og dokumenterte gruppedynamikken. Ved gjennomføring av intervjuene var det viktig å sørge for at alle deltakerne kom til ordet og at dialogen ble foranket i temaene som var i fokus. Deltakernes erfaringer kom til uttrykk både som gruppe, men også som individuelle erfaringer. Tematikken i intervjuguiden handlet blant annet om sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring. Det ble også stilt supplerende og utdypende spørsmål om deres kunnskap og kjennskap til ulike metoder for smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring hos pasienter med demens. Intervjuene hadde preg av samtale, men deltakerne ble oppfordret til å stille hverandre spørsmål og å kommentere hverandres utsagn.

Metoden ble ikke endret i løpet av studien.

Dataene ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim av førsteforfatter umiddelbart etter gjennomføring. Dataene var også comoderatorens håndskrevne notater.

Metning av data blir diskutert under avsnittet «studiens kvalitet» på s. 32, der det blant annet nevnes at datagrunnlaget er tilstrekkelig for å belyse deltakernes erfaringer og få frem ny kunnskap om utfordringer ved smertekartlegging og smertelindring av pasientgruppen. Samtidig har forskerne oppnådd tilstrekkelig med data for å kunne kategorisere funn, noe som også er indikasjon på metning.

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:

På s. 32 i artikkelen står det hvilke yrkestitler, utdanningskvalifikasjoner og arbeidssted forskerne har. Dette gir indikasjon for forskernes roller, men det nevnes ikke hvilken betydning dette har for punktene a-c.

Det er ikke gjort endringer i utforming av 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:

Potensielle deltakere fikk tilsendt informasjonsskriv om studiens formål hvor det ble lagt stor vekt på frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg uten konsekvenser og uten å oppgi noen grunn. Anonymisering ble ivaretatt, samtykke underskrevet og data behandlet konfidensielt og forsvarlig før, under og etter prosjektet ble avsluttet.

Ingen utfordringer med etiske problemstillinger underveis.

Studien ble meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

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:

Analysearbeidet tok utgangspunkt i Malteruds metode for tekstkondensering i fire trinn.

De fire trinnene i analysen er gjort rede for under «analyse» på s. 30.

Dataene er fremstilt i tre overordnede kategorier (1. pasientens høye alder, komorbiditet og polyfarmasi, 2. rutiner for smertekartlegging og smertelindring og 3. etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte) med passende sitatbruk for å illustrere funnene.

Datagrunnlaget er tilstrekkelig for å belyse deltakernes erfaringer og få frem ny kunnskap om utfordringer ved smertekartlegging og smertelindring av pasientgruppen. Motstridende data blant

deltakerne er inkludert, men i relativt liten grad. Et eksempel er at sykepleierne har ulike ønsker om prosedyrer for smertevurdering (s. 31).

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:

Andre kilder er supplert underveis i diskusjonskapitlet både for å vurdere og underbygge funn. Viser blant annet til norske lovparagrafer og annen forskningslitteratur.

Forskerne har en objektiv og balansert diskusjon.

Tydlig beskrivelse av funnenes troverdighet under «studiens kvalitet» s. 32, der det nevnes blant annet bruk av intersubjektiv validering under intervjusituasjonen, at to personer har gjennomført analysen samt bekreftbarhet og overførbarhet av studiens funn.

Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen underveis i diskusjonskapitlet og er kort oppsummert under avsnittet om «studiens kvalitet» s. 32.

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 påpeker at det er få kvalitative studier om studiens tematikk, men at deltakernes utsagn kan bekreftes av annen forskningsbasert litteratur som er brukt i diskusjonskapitlet.

Forskerne oppgir behov for mer forskning om strategier for og implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Det trengs også mer kvalitativ forskning for å identifisere sykepleiernes spesifikke behov for kunnskap om demenssykdommer og samhandling og smertelindring hos pasienter med demens.

Forskerne oppgir overførbarhet under «studiens kvalitet» på s. 32. Beskrivelse av konteksten data kommer fra, utvalget, metoden, analyse og presentasjon og tolkning av funn kan være gjenkjennbare innenfor fagfeltet.