

Smertekartlegging på sykehjem

Hvilke faktorer kan fremme god smertekartlegging hos personer med demens på sykehjem?

Kandidatnummer: 728 & 887
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i BSY-500 Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 8995

Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 02.01.2024
Smertekartlegging på sykehjem	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Det kan være utfordrende å undersøke og kartlegge smerte hos personer med moderat til alvorlig grad av demens grunnet redusert evne til å verbalt uttrykke behov og beskrive smerteopplevelser. Sykepleierens ansvar innebærer å kontinuerlig evaluere smertepåvirkningen hos den eldre. Smertekartlegging utgjør en selvstendig del av sykepleierens oppgaver. Denne litteraturstudien utforsker hvilke faktorer som kan fremme god smertekartlegging hos personer med demens på sykehjem med utgangspunkt i sykepleiers erfaringer.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Det er gjennomført en generell litteraturstudie med strukturert søk i databasene Cinahl og SveMed+. Dette resulterte i 9 artikler i Cinahl og 13 i SveMed+, hvorav 3 fra Cinahl og 1 fra SveMed+ ble inkludert basert på avgrensinger, inklusjons- og eksklusjonskriterier. De inkluderte artiklene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av en sjekkliste.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Sykepleierne erfarer at smertekartlegging kan være utfordrende grunnet språkproblemer og usikkerhet i tolkningen av signaler. Likevel fremheves faglig kunnskap om demens, kommunikasjon og atferdsendringer som viktige faktorer for å bedre smertekartlegging. Sykepleierne observerte atferdsendringer som tegn på smerte, men opplevde begrensninger med smertekartleggingsverktøy. Organisatoriske faktorer som tverrfaglig samarbeid, effektiv kommunikasjon og faglig kompetanse påvirket smertekartleggingen. Sykepleiernes vurderinger understreker viktigheten av personsentrert omsorg, inkludert kunnskap om den enkelte pasient og samarbeid med pårørende som fremmende faktorer.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>For å sikre god smertekartlegging er det avgjørende med kommunikasjonsferdigheter, både i forståelsen av nonverbale og verbale signaler hos pasientene. Faglig og erfaringsbasert kunnskap er nøkkelen til å vurdere og oppdage smerte hos personer med demens. Samarbeid på tvers av fagområder og kommunikasjon internt i pleiegruppen er betydningsfullt for effektiv smertekartlegging. Det er behov for bedre forståelse av hvordan smertekartleggingsverktøy kan støtte sykepleiernes vurdering, og grundig opplæring i deres bruk er nødvendig. Personsentrert omsorg og pårørendesamarbeid, er essensielt for god smertekartlegging. Å sikre at organisasjonen støtter faglig og kompetansemessig utvikling gjennom opplæring er et felles ansvar både for ledelsen og sykepleierne.</p>	

(Totalt antall ord:299)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	1
1.1.1	Avgrensninger og presiseringer av problemstilling	2
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Demens.....	4
2.1.1	Alvorlighetsgrad av demens.....	4
2.2	Smerte hos personer med demens.....	4
2.2.1	Smertekartlegging ved moderat til alvorlig grad av demens.....	5
2.2.2	Atferdsendringer og smerteatferd.....	6
2.2.3	Kommunikasjon	6
2.3	Sykepleie til personer med demens	7
2.4	Faglig ledelse på sykehjem: sykepleiers rolle.....	8
2.4.1	Lovverk	9
2.4.2	Etikk	9
3	Metode	11
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	11
3.2.1	CINAHL.....	11
3.2.2	SveMed+	12
3.2.3	Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.2.4	Tabell 2 - Søkehistorikk og utvalg av artikler.....	13
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	Viktigheten av god kunnskap om kommunikasjon og atferdsendringer	20
5.2	Faglig kunnskap og smertekartlegging.....	23
5.3	Samhandling og tverrfaglig samarbeid	25
5.4	Persontrentert omsorg i praksis.....	27
5.5	Metodediskusjon	30
5.5.1	Generell litteraturstudie.....	30
5.5.2	Gjennomført litteratursøk.....	31
5.5.3	Styrker og svakheter ved inkluderte artikler	31
6	Konklusjon.....	33
	Referanseliste.....	34
	Vedlegg	40

1 Innledning

I 2020 viste en undersøkelse at omtrent 101.000 personer i Norge har en demensdiagnose. Det er estimert at tallet vil øke til 235.000 i 2050 (Gjører et al., 2020, s. 5). Av personer med langtids plass på sykehjem har i overkant 80% en demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2022a). Forskning viser at omkring 60% av sykehjemsbeboere opplever smerter og en stor del av disse er personer med demens (Eriksen 2020, s. 354; Sandvik et al., 2016). Personer med demens kan ha problemer og vanskeligheter med å uttrykke samt kommunisere verbalt når de opplever smerte (Sandvik, 2020). Omtrent 20% av personer med alvorlig grad av demens lider av smerter som følge av at personer rundt dem ikke tolker eller forstår signalene. Å utrede og kartlegge smerter hos personer med alvorlig demens kan være svært utfordrende da evnen til å uttrykke behov verbalt og beskrive smertene de opplever er betydelig redusert (Skovdahl, 2020, s. 436). Dette kan resultere i redusert livskvalitet, alvorlige helsemessige konsekvenser, underbehandling og undervurdering av smerten (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399; Skovdahl, 2020, s. 436). Smerter øker risikoen for depresjon, søvnforstyrrelser og øker faren for inaktivitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399).

Sykepleier har en sentral og selvstendig rolle med ansvar for å kartlegge, observere og behandle smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). God behandling av smerte kan oppnås gjennom å kartlegge personen sine smerter, identifisere problemet, iverksette tiltak og evaluere tiltakene som har blitt iverksatt. En forutsetning for dette er at sykepleier har god kunnskap om demens, bevissthet om hvilke observasjoner som bør vektlegges og smertekartlegging. Det er derfor behov for at sykepleiere har høy faglig kompetanse på dette området for å yte faglig forsvarlig, personsentrert omsorg til den enkelte person.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få større forståelse og økt kunnskap om faktorer som fremmer god smertekartlegging hos personer med demens på sykehjem. Dette gjennom sykepleiere sine erfaringer, slik at en kan smertelindre bedre i møte med denne pasientgruppen og øke bevisstheten om fremmede faktorer for smertekartlegging.

Basert på de overnevnte funn ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

Hvilke faktorer kan fremme god smertekartlegging hos personer med demens på sykehjem?

1.1.1 Avgrensninger og presiseringer av problemstilling

Det er valgt å avgrense oppgaven til personer med moderat til alvorlig grad av demens ettersom forskningen viser at det er her de største utfordringene ligger. Personer med moderat til alvorlig grad av demens kan mangle evne til å kommunisere og uttrykke både lokalisasjon av smertene og intensiteten av disse (Helsedirektoratet, 2022c). Vi har ikke avgrenset til en spesifikk demenssykdom ettersom inkludert forskningslitteratur ikke kategoriserer ut fra dette kriteriet. Konteksten er avgrenset til sykehjem. Dette er begrunnet i funnene i innledningen da 80% av personer med langtids plass på sykehjem har en demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2022a). I oppgaven fokuserer vi på og avgrenser oss til eldre personer over 65 år. De fleste personer med demens er over 65 år og kun 2-3 % er yngre (Rokstad, 2020, s. 34).

Forskningen bruker ulike begreper om personer med demens, for å være konsekvente har vi valgt å bruke begrepet pasient. I tillegg omtales de som eldre, person med demens og individ der det er naturlig. Vi har valgt å ikke fokusere på smertekartlegging ved livets siste dager da personer med demens vil få en tettere oppfølging ettersom de blir mer avhengig av hjelp (Lundin & Godskesen, 2021) og Helsedirektoratet (2018) råder til tettere oppfølging ved livets slutt. I ordet smertekartlegging avgrenser vi ikke til et enkelt smertekartleggingsverktøy, men ser på sykepleiers helhetlige vurderingsgrunnlag i forhold til å kartlegge smerte. Kartleggingsverktøy vil bli omtalt ulikt basert på kildene vi bruker.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Ettersom antallet personer med demens vil øke og demens er en vesentlig folkehelseutfordring, er kunnskap om demens hos både sykepleiere og helsepersonell viktig. Dette for å sikre forsvarlige helsetjenester samt forstå utfordringene personer med demens og deres pårørende møter som et resultat av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32). På bakgrunn av dette tar oppgaven utgangspunkt i den lindrende, helsefremmende og forebyggende funksjonen til sykepleiere. Sykepleiere har i utøvelsen av sin sykepleiepraksis ansvar for at praksisen både fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2023). Dermed har sykepleiere et ansvar for helsefremmende og forebyggende praksis knyttet til folkehelseutfordringer og demens. Utredning av smerter er en del av lindrende behandling og sykepleiere har et særskilt ansvar i å yte omsorgsfull sykepleie

samt lindre lidelse (Helsedirektoratet, 2022c; Norsk sykepleierforbund, 2023). Både lindring og forebygging inngår i sykepleierens grunnleggende ansvars og funksjonsområder som er direkte rettet mot pasienten (Stubberud, 2018, s. 14).

For å lindre smerter og møte behovene til personer med demens, er det viktig å etablere gode rutiner og øke kunnskapen slik at sykepleiere kan lindre og forebygge symptomer og styrke den enkeltes ressurser.

2 Bakgrunn

2.1 Demens

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som oppstår hos tidligere friske mennesker. Årsaken til demensen avhenger av hvilken type demens personen har (Bertelsen, 2019, s. 334). Demens utvikles over tid og vil påvirke hvordan personen fungerer i dagliglivet: hukommelse, språk og væremåte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 8). Symptomene til de ulike demensgruppene varierer og avhenger av hvordan hjernen er affisert. Demens deles vanligvis opp i tre hovedgrupper: primærdegenerative demenssykdommer, vaskulære demenssykdommer og sekundære demenssykdommer (Skovdahl, 2020, s. 419-421).

2.1.1 Alvorlighetsgrad av demens

Demenssykdommens utvikling varierer og forløper seg individuelt. Sykdomsutviklingen kan graderes i mild, moderat og alvorlig grad av demens. Moderat grad av demens øker behovet for hjelp til dagligdagse aktiviteter og veiledning (Rokstad, 2020, s. 35). I denne fasen vil evnen til problemløsning og hukommelsen bli merkbart dårligere. Personen får også problemer med kommunikasjon: evnen til å gjøre seg forstått og forstå (Skovdahl, 2020, s. 422). Ved alvorlig grad av demens klarer ikke personen seg uten hjelp og kan bli rammet av handlingsvikt. Dette medfører at personen er særdeles avhengig av andre, noe som kan skape behov for tilsyn døgnet rundt (Rokstad, 2020, s. 35). Personen kan kun huske bruddstykker fra tidligere hendelser i livet og ha problemer med å kjenne igjen familiemedlemmer. Personen kan ha meget begrenset ordforråd og slite med å forstå hva andre sier, samt ikke orientere seg for tid, sted og situasjon (Skovdahl, 2020, s. 422).

2.2 Smerte hos personer med demens

I følge den internasjonale foreningen for smertebehandling (IASP) defineres smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller som ligner den som er forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade” (International Association for the study of pain [IASP], u.å.). Smerte er en individuell opplevelse som kan påvirkes av faktorer som er psykologiske, fysiologiske og biologiske (IASP, u.å.). Smerte anses som akutt eller kronisk. Hos eldre kan symptomer på akutt smerte være mindre uttalte, mens de kan ha økt følsomhet

for kronisk smerte. Akutt smerte oppstår oftest som følge av vevsskade i forbindelse med sykdom, skade eller kirurgiske inngrep, og er en beskyttelsesmekanisme for kroppen (Torvik & Sandvik, 2020, 399). Personer med alvorlig demens opplever ofte mage-tarmproblemer som magesår, obstipasjon, og bukhinnebetennelse, samt hjertesykdommer og trykksår (Häkio, 2015, s. 34). Kronisk eller langvarig smerte er den smerten som fortsatt er tilstede etter normal tilhelingstid etter en skade, normalt regnes dette som tre måneder eller lenger (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). De fleste eldre på sykehjem med kronisk smerte opplever dette i form av muskel- og skjelettsmerter, hyppigst til stede i rygg og underekstremiteter (Häkio, 2015, s. 34). Smerte kan fremtre atypisk hos eldre og ha krevende behandlingsforløp grunnet smertefulle tilstander og komorbiditet (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 156). Uoppdaget eller dårlig behandlet smerte hos eldre kan føre til alvorlige helseproblemer og lavere livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Smerte kan påvirke kognisjonen, og evnen til å vurdere smerte påvirkes igjen av den nedsatte kognitive funksjonen (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 161).

2.2.1 Smertekartlegging ved moderat til alvorlig grad av demens

Vurdering av smerte hos personer med demens blir mer utfordrende ettersom hvor i sykdomsforløpet personen er (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Ved moderat grad av demens kan bruken av smertekartleggingsverktøy som Numeric Rating scale, basert på tall eller kategorier, være effektivt (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 164). Det bør etterstrebes at pasienten selvrappporterer smerte så lenge det er mulig, før en eventuelt tar i bruk kartleggings skjemaer basert på observasjon (Häkio, 2015, s. 28).

Hos pasienter med alvorlig grad av demens kan smertekartlegging være ekstra utfordrende da denne gruppen ofte kan mangle språk, ha nedsatt hukommelse, nedsatt evne til å definere smertesignalene og kommunisere opplevelsen av smerte (Häkio, 2015, s. 28). Disse pasientene er en sårbar gruppe, og avhenger av at sykepleier er til stede for å observere og tolke smertetegn for dem (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Ved manglende språk og nedsatt evne til kommunikasjon er det behov for å kartlegge smerte ved hjelp av observasjon av atferd og uttrykk som tegn på smerte (Häkio, 2015, s. 28). Verbal beskrivelse av smerte er kun en av mange uttrykksmåter, og manglende kommunikasjon fjerner ikke muligheten for at smerte er til stede (IASP, u.å). Smertekartleggings skjemaer benyttes til å observere atferd som kan indikere smerte hos personer med demens (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 165).

Doloplus II, CNPI (Checklist for Nonverbal Pain Indicators), og MOBID-II (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia) er anerkjente kartleggings skjemaer og testet på norsk (Häkio, 2015, s. 28). MOBID-II ble utviklet for bruk på sykehjem for å overkomme svakheter i Doloplus II og CNPI, og måler smertens intensitet og lokalisasjon ut fra smerteatferd (Sandvik & Husebø, 2011, s. 62; Torvik & Sandvik, 2020, s. 405).

2.2.2 Atferdsendringer og smerteatferd

Endringer i atferd og følelser er en del av sykdomsbildet som kan oppstå ved demenssykdom. Vanlige symptomer ved demens er nevropsykiatriske symptomer som kan grupperes i psykotiske symptomer, affektive symptomer og agitasjon. Symptomene kan være tilstede ved alle gradene av demens, men øker ofte i takt med demenssykdommen (Rokstad, 2020, s. 197). Atferd kan være tegn på så mangt, som kjedsomhet, språkproblemer, umøtte behov, lite tilfredsstillende livssituasjon, over- eller understimulering og en reaksjon på omgivelsene (Rokstad, 2021, s. 59-60). Atferdsmessige symptomer ved demens er også symptomer som kan oppstå ved smerte, slik som agitasjon, uro, vandring, psykomotorisk uro og aggresjon (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 164). Smerte kan også vises i form av non-verbale ansiktsuttrykk eller verbale uttrykk i form av lyder. Pasienten kan forandre seg, plutselig nekte stell, slutte å spise, sove mye eller ikke sove (Skovdahl, 2020, s. 436). Flere faktorer kan avsløre smerte hos personer med demens, og disse er unike for hver enkelt. Det er derfor avgjørende at både sykepleiere og familie, som kjenner pasienten godt, er involvert i smertekartleggingen (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 164). Å være nysgjerrig på de spesifikke årsakene bak endret atferd hos den enkelte kan gi forklaring på hvorfor personen reagerer som den gjør (Rokstad, 2021, s. 60).

2.2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er essensielt for relasjonsbygging og viktig for å skape en gjensidig relasjon mellom sykepleier og pasient (Rokstad, 2021, s. 52). Hos pasientgruppen vil kommunikasjon være spesielt utfordrende ved at sykdommen medfører kognitive og språklige svikter (Wogn-Henriksen, 2020, s.90). Kommunikasjonen hos personer med alvorlig grad av demens kan være svært dårlig og oppstykket, og skaper utfordring ved å formidle egne behov (Wogn-Henriksen, 2020, s. 93). Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om endringene som tiltrer i hjernen og hvordan endringene påvirker personens forutsetninger for kommunikasjon (Rokstad, 2021, s. 53). Det er mulig å opprettholde god kommunikasjon, men ansvaret for

kommunikasjonen står mer på sykepleier eller samtalepartner (Wogn-Henriksen, 2020, s. 94). Grunnet svekket verbal kommunikasjon hos personer med moderat til alvorlig grad av demens, er det viktig å være oppmerksom på nonverbale signaler (Rokstad, 2021, s.55). Derfor er det å ta i bruk non-verbale kommunikasjonsmidler som kroppsspråk, stemmebruk, ansiktsuttrykk, blikk, tempo, avstand og berøring av betydning (Rokstad, 2021, s. 55; Wogn-Henriksen, 2020, s. 94). Videre innebærer kommunikasjon å lytte til følelsesuttrykk og evnen til empati er essensielt. Det kan være vanskelig å forstå pasientens situasjon uten innlevelse (Rokstad, 2021, s. 55). I personsentrert tilnærming vil sykepleier tolke og imøtekomme utfordrende atferd som uro, agitasjon eller apati som former for kommunikasjonsuttrykk (Rokstad, 2021, s. 59).

2.3 Sykepleie til personer med demens

Det grunnleggende prinsippet i tjenestene til personer med demens er personsentrert omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 21). Det er et krav at helse og omsorgspersonell skal ha kunnskap om og yte personsentrerte tjenester til personer med demens. Kravet er å anerkjenne personen bak sykdommen med empati og aksept slik at deres adferdsmessige uttrykk blir tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2019). Personsentrert omsorg og tilnærming bør tilstrebes og utøves gjennom hele pasientforløpet og sykdomsforløpet (Edvardsson et al., 2008; Skovdahl, 2020, s. 417). Sykepleie som setter individet i fokus med deres pårørende der dette er aktuelt, er personsentrert (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61). Pårørende kan være viktige ressurser og samarbeidspartnere (Skovdahl, 2022, s. 95). Personsentrert omsorg vektlegger personens livshistorie, verdier, ønsker og synspunkter i sammenheng med koordinert og planlagt sykepleie (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 17).

Sosialpsykologen og professor Tom Kitwood videreutviklet personsentrert omsorg som et fundament i demensomsorgen (Brooker, 2004). Kitwood fremhevet betydningen av kommunikasjon og relasjoner i møte med personer med demens (Brooker, 2004). Personer med demens vil ifølge Kitwood (1997/2003, s. 90) være i mindre stand til å ta initiativ som kan forhindre at deres psykologiske behov oppfylles. De psykologiske behovene Kitwood beskrev, har videre blitt utarbeidet i VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg. Rammeverket oppsummerer sentrale faktorer som må være til stede for at demensomsorgen skal være personsentrert (Rokstad, 2020, s. 56). I rammeverket beskrives personsentrert

omsorg som å verdsette mennesket bak sykdommen, å behandle personer som individer, evne til å forstå verden ut fra personens perspektiv og etablere et positivt sosialt miljø for å fremme psykologiske behov (Rokstad, 2020, s. 58; Brooker, 2004, s. 216).

Ettersom en stor andel av pasienter på sykehjem har demens, er det nødvendig at sykehjemmet som helhet preges av personsentrert omsorg både som verdigrunnlag og omsorgsfilosofi. Fokus på trivsel, vektleggingen av relasjonsbygging, mestring for pasienten og samhandling mellom de ansatte og pårørende er aspekter som styrker personsentrert kultur (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 267).

2.4 Faglig ledelse på sykehjem: sykepleiers rolle

Både sykepleiere og helsepersonell har et individuelt ansvar for at lover og forskrifter på sykehjem innfris (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Helsepersonelloven (1999, §1) skal sikre pasientsikkerhet, tjenestekvalitet og tillit til helsepersonell i helse og omsorgstjenesten, med krav om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Sykepleier har personlig ansvar for at praksis er forsvarlig ut fra juridisk, etisk og faglig forstand. Dette innebærer blant annet at sykepleier skal være oppdatert og bidra til at ny forskning anvendes (Norsk sykepleierforbund, 2023).

For å sikre faglig forsvarlig helsehjelp er det viktig at den stadig utvikles og forbedres (Stubberud, 2019, s. 16). Sykepleiere, helsepersonell og ledere i helse og omsorgstjenesten er pliktet til å gjennomføre kvalitetsarbeid (Stubberud, 2019, s. 15; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2). Selv om sykepleiere har selvstendig ansvar for at praksisen er faglig forsvarlig, har sykepleieledere spesielt ansvar for tilrettelegging av faglig oppdatering, fagutvikling, forskning og etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund, 2023). Ledelsen har overordnet ansvar for at lover og forskrifter blir fulgt i organiseringen av helsetjenestetilbudet, men helsepersonalet har i møte med pasienter ansvar for å innfri disse (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263).

På sykehjem skal sykepleier som leder på avdelingen sette faglig standard for pleien og omsorgen som utøves. Utøvelsen kan innebære å fordele og delegere arbeidsoppgaver, lede pleieteamet samt ta initiativ og oppfordre til tverrfaglig samarbeid. Sykepleier har en stor rolle i det tverrfaglige samarbeidet både med leger og andre yrkesgrupper (Brodtkorb & Hauge,

2020, s. 274). Sykepleier er ansvarlig for at fagmiljøet utvikles og vedlikeholdes samt å sette høy faglig standard gjennom å være en god rollemodell (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 275). Sykepleier har en selvstendig rolle i å organisere aktiviteter som skal gjennomføres, basert på pasientens individuelle behov og tilgjengelige ressurser (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s. 9).

2.4.1 Lovverk

Personer med demens på sykehjem har rett til å få nødvendige helse og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a). De har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Sykepleiere er forpliktet til å ivareta informasjonsrettighetene til både pasienter og pårørende (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 220; Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1-3-3) Sykepleier må tilpasse informasjonen ut ifra pasientens situasjon, kommunikasjonsforståelse og innlæringssevne (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 219). Sykepleier har dokumentasjonsplikt i journal og skal registrere relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis (Helsepersonelloven, 1999, §39-40).

Vurdering av samtykkekompetanse utføres av helsepersonell og kan bortfalle dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer som følge av blant annet senil demens (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Ved manglende samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke på vegne av pasienten. Pårørende skal informere om hva pasienten selv ville ha ønsket (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 222; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6). Helsepersonell har et stort ansvar for pasienter uten samtykkekompetanse, da de tar beslutninger om helsehjelp i samråd med annet kvalifisert helsepersonell, uten at pårørende har beslutningsmyndighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6).

2.4.2 Etikk

I tillegg til kunnskap, lovgivning og personsentrert omsorg, er etisk refleksjon viktig for sykepleiere, og det er avgjørende at de er etisk bevisste og aktivt bidrar til dette i sin yrkesutøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Etikk er både systematisk og teoretisk refleksjon over våre moralske erfaringer (Lillemoen, 2015, s. 302). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er et rammeverk for etisk sykepleiepraksis og gir veiledning for sykepleiestudenter og sykepleiere innenfor alle miljøer. Sykepleier har et personlig ansvar for

at praksisen er etisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2023). I sykepleieutøvelsen kan en oppleve flere etiske dilemmaer og etiske utfordringer. Etisk kunnskap og kompetanse kan innebære teori om verdier og normer, samt evnen til å være oppmerksom på etiske problemer i yrkesutøvelsen. Evnen kan videre være å håndtere og vurdere problemene en møter i demensomsorgen (Lillemoen, 2015, s. 298).

3 Metode

3.1 Generell litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en generell litteraturstudie. I en generell litteraturstudie tas det utgangspunkt i en problemstilling hvor resultatene fra flere vitenskapelige studier analyseres for å kunne besvare den valgte problemstillingen. Problemstillingen har relevans innenfor studieretning og rettes mot klinisk praksis. Dette er et vanlig format for akademiske oppgaver på bachelor- og masternivå innen sykepleie eller andre relaterte yrkesretninger (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For å besvare problemstillingen har vi inkludert fire forskningsartikler i vår oppgave. Vi fant det hensiktsmessig å søke etter sykepleiers erfaringer for å finne faktorer i praksis som fremmer god smertekartlegging. Vi fant fire artikler ved å gjennomføre to systematiske søk, ett søk i databasen CINAHL og ett søk i databasen SveMed+. Vi ekskluderte ikke de andre databasene uten videre. Etter omfattende søk i flere databaser, besluttet vi at CINAHL som baserer seg på sykepleiefagliglitteratur, egnet seg til å besvare vår problemstilling. Siden vi ikke fant fire artikler som besvarte vår problemstilling ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier ved å søke i CINAHL, gjennomførte vi søk i nordiske databaser for å finne forskning relatert til den nordiske konteksten ved vår problemstilling. Søk i Idunn og Sykepleien forskning ga ikke resultat, dermed ble det gjennomført søk i SveMed+. SveMed+ er en database som ikke lenger oppdateres med ny forskning, men som fortsatt har et arkiv med forskning tilgjengelig for øyeblikket. Søkehistorikken og presentasjon av de utvalgte artiklene blir presentert nedenfor i Tabell 2.

3.2.1 CINAHL

Vi gjennomførte flere ustrukturerte og strukturerte søk med flere forskjellige søkeord og kombinasjoner, før vi kom frem til vårt spesifikke søk. Grunnet mye forskning på demens måtte vi spisse søket betraktelig for å kunne finne frem til egnet resultat, og dermed søkte vi med følgende søkeord: “Dementia” AND “Pain” OR “Pain Management” OR “Pain Measurement” OR “Pain Management Nursing” AND Nursing Home Patients” OR “Nursing Homes” OR “nursing homes” AND “Nursing Assessment” OR “Nursing Home Personnel”.

Deretter avgrenset vi søket til forskning publisert fra 2013 til i dag, 2023, for å belyse vår problemstilling ut fra forskning gjennomført i nyere tid. Vi avgrenset søket til språk vi forstår som engelsk og dansk, da norsk og svensk ikke var en valgmulighet ved dette søket. Vi valgte å avgrense søket geografisk til Europa, USA, UK & Irland, kontinental Europa, Australia, New Zealand og Canada siden vi ønsket å knytte forskning opp mot klinisk praksis i Norge, samt ekskludere forskning gjennomført utenfor vestlige land. Søket med avgrensinger ga ni resultater. Vi leste ni abstrakter og fem full-tekster. Ut fra inklusjon- og eksklusjonskriterier fant vi tre artikler å inkludere. Inklusjon- og eksklusjonskriterier er presentert i Tabell 1 under punkt 3.2.3.

3.2.2 SveMed+

Ettersom søket i CINAHL kun resulterte i tre artikler, gjennomførte vi et strukturert søk i SveMed+ for å finne forskning i en nordisk kontekst. Vi gjennomførte søk med ulike kombinasjoner på norsk og engelsk, “Dementia” AND “Pain” AND “Nursing Home” OR “Nurses Experience” uten resultater. SveMed+ er en mindre database og søket ga ikke treff, dermed endte vi med å begrense søket ved å benytte søkeordene “Dementia” AND “Pain”. Vi avgrenset fra januar 2013 til desember 2019, da SveMed+ ikke har oppdatert sine arkiver siden 2020. Etter gjennomført søk med avgrensningene ga det et resultat på 13 artikler. Vi leste ni abstrakter, da flere av artiklene ikke var tilgjengelig for gjennomlesning. Vi forsøkte å søke etter de utilgjengelige artiklene i Google Scholar uten treff. Vi leste tre full-tekster, og ut fra inklusjon- og eksklusjonskriteriene i Tabell 1, ble en artikkel inkludert. Flere av artiklene hadde ikke gyldig link i SveMed+, deriblant den inkluderte artikkelen. Linken fører derfor til artikkelen i arkivet hvor bladet er publisert.

3.2.3 Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studier: Primærstudier fra 2013	Studier: Intervensjonskontrollerte studier
Sted: Sykehjem langtidsplass	Ikke vestlige land
Deltager: Sykepleiere	
Metode: Intervjuer og spørreskjema	
Utfall: Erfaring knyttet til smertekartlegging hos demenssyke	
Periode for datasamling 2013-15.12.2023	

3.2.4 Tabell 2 - Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 09.11.2023	SveMed+, 13.11.2023
Søkeord og kombinasjoner	((MM "Dementia+") AND (MM "Pain+") OR (MM "Pain Management") OR (MM "Pain Measurement") OR (MM "Pain Management Nursing") AND (MM "Nursing Home Patients") OR (MM "Nursing Homes+") OR ("nursing homes") AND (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Home Personnel"))	"Dementia" AND "Pain"
Avgrensinger i søket	År: 2013-2023 Språk: Dansk og Engelsk Geografisk: Europe, USA, UK & Ireland, Continental Europe, Australia og New Zealand, Canada	År: 2013-2019
Antall treff totalt	9	13
Antall gjennomleste titler	9	13
Antall gjennomleste abstrakt	9	9
Antall gjennomleste fulltekstartikler	5	3
Antall artikler som kan inkluderes	3	1

basert på inklusions- og eksklusionskrite rier		
Inkludert artikkel nummer 1	Burns, M & McIlfatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 21 (10), 479-487. https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21 .10.479	
Inkludert artikkel nummer 2	Gilmore-Bykovskyi, 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 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.2015.0 5.007	
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://sykepleien.no/2013/11/geriatrisk-sykepleie-nr-3-2013
--	--	---

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Vi har anvendt litteratur som faglig vektlegger temaer som er sentrale i vår oppgave. Vi har brukt bøker som tar for seg temaene demens, personer med demens og smerte hos eldre.

Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (Kirkevold et al., 2020) og *Personer med demens: Møte og samhandling* (Rokstad, 2020) er bøkene som hovedsakelig underbygger bakgrunnen i vår oppgave. *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold et al., 2020) er hentet fra pensumlisten for bachelor i sykepleie og er inkludert i flere fag igjennom studiet. Boken har vært til stor hjelp for oss, og dekker store deler av tematikken for å besvare vår oppgave. *Personer med demens* (Rokstad, 2020) er funnet igjennom Oria, søkemotoren til Lovisenberg diakonale høyskole, og boken har gitt oss faglig påfyll om personer med demens. Øvrig faglitteratur for å belyse vår problemstilling er innhentet fra tidligere pensumlister på bachelorutdanning i sykepleie, søk i Oria, biblioteket på Lovisenberg og helsebiblioteket på Oslo Met.

Det er videre innhentet informasjon fra *Nasjonal faglig retningslinje for demens* (Helsedirektoratet, 2023) for å presisere forekomsten og hvordan den norske stat aktivt utvikler helsetjenestene innenfor vårt valgte problemområde. I tillegg har vi aktivt brukt *Demensplan 2025* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de utvalgte forskningsartiklene med oppsummering av aktuelle resultater. I artikkelmatrisen i kapittel 4.1 presenteres hensikt, metode og funn, og i kapittel 4.2 står syntese av resultatene.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/Metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekkliste
Burns, M & McIlfatrick, S., 2015, Storbritannia	“Nurses` knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.”	Målet med studien er å se sykepleierens kunnskap og holdninger til smertevurdering for personer med demens på sykehjem.	Studien er en tverrsnittstudie som først inkluderte 96 sykepleiere på 17 ulike sykehjem i Storbritannia. 32 sykepleiere responderte (33% svarrespons).	Konklusjonen påpeker at sykepleierne i studien gjenkjente at de ikke kun kunne bruke tradisjonelle smertekartleggingsverktøy, men gjennom andre observasjoner av pasientene, slik som humør eller atferdsforandringer. Studien konkluderer med mangel på kunnskap i bruken av smertekartleggingsverktøy blant sykepleiere. Barrierer for god smertehåndtering blir fremlagt i studien, eksempelvis begrenset bemanning, mangel på tverrfaglig støtte og samarbeid, samt arbeidsbelastning.	7/9. Vedlegg 1.

<p>Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J., 2013, USA</p>	<p>“Understanding Nurses’ Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia”</p>	<p>Målet med studien er å undersøke hvordan sykepleier tar avgjørelser om å farmakologisk behandle smerte hos personer med demens, og hvilke faktorer som påvirker avgjørelsen om å behandle.</p>	<p>Kvalitativt design, Grounded Dimensional Analysis med intervjuer av 3 helsefagarbeidere og 10 sykepleiere gjennomført på 4 forskjellige sykehjem i USA.</p>	<p>Sykepleierne var usikre på sannsynligheten for at smerten var til stede hos personer med demens, og de hadde ikke klare prosedyrer for hvordan de skulle vurdere smerte, reagere på smerteindikatorer eller atferdsproblemer, og hvordan de skulle gripe inn. Sykepleierne mistenkte smerter ved atferdsforandringer hos personer med demens og forsøkte ulike intervensjoner for å behandle atferdsforandringene. Sykepleierne var usikre på om disse skyltes smerter. Dette resulterte i en “prøving og feiling” tilnærming. Dette førte til at smertelindrende medisiner ofte ble forsinket. Sykepleierne nevnte NRS og VAS, men hadde ikke kunnskap om at andre kartleggingsverktøy ble brukt.</p>	<p>9/9. Vedlegg 2.</p>
<p>Jensen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G. F., 2013, Norge</p>	<p>“Smertebehandling til personer med langtkommen demens”</p>	<p>Målet for studien er å sette fokus på sykepleiers erfaring med å vurdere smerte hos personer med langtkommen</p>	<p>Kvalitativ tilnærming som legger vekt på menneskelige erfaringer, gjennomført ved hjelp av halvstrukturerte intervjuer basert på</p>	<p>Studien viser at vurderingen av smerter skaper usikkerhet hos sykepleiere grunnet utfordringer med å tolke pasientens uttrykk og utfordringer med å utføre gode utredninger. Godt samarbeid med pårørende ble sett på som en ressurs i tolkningen av smerteuttrykk hos pasientene. Sykepleierne uttrykte</p>	<p>9/9. Vedlegg 3.</p>

		demens og språkvansker, og hvilke utfordringer sykepleier møter når de skal vurdere smertegrad.	intervjuguide av 5 sykepleiere på sykehjem. Alle sykepleierne hadde lang erfaring fra å jobbe med personer med demens.	redsel for at pasientenes uttrykk kunne mistolkes og at smertelindring kunne bli oversett. Dette resulterte i at pasientene ble satt på fast smertelindring og ble omtalt som “prøving og feiling”. Dette forsterkes av manglende kunnskap om demens, smertekartlegging, manglende tverrfaglig samarbeid på arbeidsplassen og manglende fagfolk. Ingen av sykepleierne brukte eller hadde kjennskap til kartleggingsverktøy på deres arbeidssted.	
Monroe, T., B., Parish, A. & Mion, L. C., 2015, USA	“Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.”	Målet med denne studien er å vurdere sykepleiere på sykehjem sin framgangsmåte og praksis i å identifisere og lindre smerter i sykehjem med demens.	Utforskende kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av 29 sykepleiere på to forskjellige sykehjem i USA. Disse hadde direkte pleieansvar og kartla, samt håndterte smerter av personer med demens på sykehjem.	Sykepleierne brukte komfort og livskvalitet som sentrale komponenter i den overordnede kartleggingen av personer med demens. Sykepleierne rapporterte utfordringer og usikkerheter med å fastslå om personen med demens hadde smerter og vanskeligheter med å fastslå smerteintensitet. Sykepleierne vektla forandringer i oppførsel hos pasienten som en viktig indikasjon på smerter. Smertekartleggingsverktøy ble ofte beskrevet av sykepleierne som utilstrekkelige i å hjelpe til i beslutningstakingen.	8/9. Vedlegg 4.

4.2 Syntese av resultatene

Artiklene viser at selv om smertekartlegging kan være utfordrende grunnet språkvansker og usikkerhet i tolkningen av signaler, løftes faglig kunnskap om demens, kommunikasjon og utfordrende atferd som faktorer som fremmer god smertekartlegging. Sykepleierne så på atferdsmessige forandringer som indikasjon på smerter. Videre ble ikke smertekartleggingsverktøy sett på som tilfredsstillende hjelpemidler for å avdekke smerte, enten i form av at sykepleierne ikke var kjent med eller benyttet disse eller at sykepleierne ikke mente disse var brukbare på personer med demens. Resultatene peker på hindringer i smertekartleggingen, men disse kan også identifisere områder for forbedring og styrking. Organisatoriske faktorer hadde innvirkning på smertekartlegging av personer med demens, slik som tverrfaglig samarbeid, effektiv kommunikasjon og betydningen av fagkunnskap. Personsentrert omsorg, slik som kjennskap til beboer og samarbeid med pårørende trekkes frem av sykepleierne som avgjørende for god smertekartlegging.

5 Diskusjon

Vi skal i følgende underkapitler fremlegge resultatene i forskningsartiklene og diskutere disse i lys av problemstillingen: *Hvilke faktorer kan fremme god smertekartlegging hos personer med demens på sykehjem?*

Vi har valgt å tematisk inndele hovedfunnene fra resultatene i fire kategorier: viktigheten av kommunikasjon og atferdsendringer, faglig kunnskap og smertekartlegging, tverrfaglig samarbeid og personsentrert omsorg. Videre diskuterer vi disse ut fra det faglige kunnskapsgrunnlaget presentert i oppgavens bakgrunns kapittel, lovverk, teori og etikk. Deretter vil vi diskutere styrker og svakheter ved metoden, det gjennomførte litteratursøket og styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene.

5.1 Viktigheten av god kunnskap om kommunikasjon og atferdsendringer

Sykepleierne i de inkluderte studiene ytret stor usikkerhet og vanskeligheter rundt smertekartlegging av personer med demens. Fra funnene kom det frem flere barrierer som at sykepleierne var usikre på om smerten var til stede hos pasientene, smerteopplevelsen, omfanget og intensiteten på smerten (Burns & McIlfatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015). Sykepleierne i Monroe et al. (2015) tydeliggjorde at manglende kommunikasjon hos personer med alvorlig grad av demens var en stor barriere for smertekartlegging, og skapte stor usikkerhet. I Burns & McIlfatrick (2015) var flertallet enige om at pasientgruppen ikke klarte å gi nøyaktig tilbakemelding på deres opplevelse av smerte. Burns & McIlfatrick (2015) trekker også frem kommunikasjon som en barriere for effektiv smertebehandling. Sykepleier bør tilstrebe at personer med demens selvrappporter smerte før en tar i bruk observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Personer med alvorlig grad av demens mangler ofte språk og evnen til å kommunisere sin smerteopplevelse kan være nedsatt. Ved manglende evne til å selvrappportere smerte bør sykepleier vurdere atferd og uttrykk ved hjelp av observasjoner (Häkio, 2015, s. 28).

Funnene kan belyse økt behov for kunnskap om non-verbal kommunikasjon hvilket kunne vært en fremmede faktor i smertekartleggingen. Siden den verbale evnen til å kommunisere hos personer med moderat til alvorlig grad av demens kan være vesentlig svekket bør sykepleier være observant på de nonverbale signalene (Rokstad, 2021, s. 55). Nonverbale

signaler kan være kroppsspråk, øyekontakt, ansiktsuttrykk, blick og stemmebruk (Wogn-Henriksen, 2020, s. 94; Rokstad, 2021, s. 55). Nonverbale signaler medvirker til størstedelen av hva vi uttrykker (Rokstad, 2020, s. 55). Samspillet mellom sykepleier og pasient er særdeles viktig. Dette behovet avhenger av at sykepleier effektivt må lete etter tiltak for å bedre kommunikasjonen, som kan være med å øke forståelsen (Wogn-Henriksen, 2020, s. 87). God kjennskap til pasientene kommer frem i forskningen som en av faktorene som fremmer god smertekartlegging (Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015).

Kommunikasjon til personer med demens, krever at sykepleier er personsentrert og tilpasser seg personen (Heyn, 2015, s. 393). Personsentrert omsorg er det grunnleggende prinsippet i tjenestene til denne pasientgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 21). Det stilles krav til at helsepersonell skal inneha kunnskapen om og yte personsentrerte tjenester til personer med demens (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleiers evne til empati og lytte til følelsesuttrykk kan være med å styrke forståelsen av medmennesket og kommunikasjonen (Rokstad, 2021, s. 55). Manglende kommunikasjon ble påpekt som en barriere i smertekartleggingen. Økt kunnskap og bedre kommunikasjon med personer med demens kunne vært fremmende for god smertekartlegging.

Da pasienten ikke lenger har evnen til å språklig kommunisere blir det nødvendig at sykepleier observerer atferd som tegn på smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Sykepleierne i studiene nevnte endring på atferd som gjentakende, men det var usikkert om disse atferdsendringene var tegn på smerte eller hadde andre bakenforliggende årsaker (Burns & McIlpatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015). I forskningsstudiene gjennomført i USA og Storbritannia (Burns & McIlpatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Monroe et al., 2015) ble det forsøkt flere metoder for å lindre endret atferd før farmakologisk lindring. Sykepleierne i Burns & McIlpatrick (2013) hadde stor enighet om at miljøtiltak var nyttig for å lindre smerten hos pasientene. Sykepleierne forsøkte varierte metoder for å bringe pasientene tilbake til habituell tilstand før de prøvde smertestillende (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Monroe et al., 2015). Som følge av denne prøve-og-feile-prosessen endte det ofte med forsinket smertebehandling (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 132). I den norske forskningen Jenssen et al. (2013, s. 29) vises det at sykepleierne var redde for feiltolkning og forsømmelse av smertelindringsbehov, noe som førte til fast smertelindring for å unngå misforståelser.

Frykten ble knyttet til manglende smertekartlegging, og studier indikerer at overmedisinering kan bidra til atferdsforstyrrelser (Jenssen et al., 2013, s. 31; Selbæk, 2005).

I lys av funnene kan atferdsmessige endringer hos personer med demens være til stor utfordring for god smertekartlegging, og usikkerhet rundt smertekartlegging kan medføre over- eller undermedisinering av smerte. I samsvar med overnevnte funn, har vi i sykehjemspraksis erfart at administrering av smertestillende eller beroligende til personer med demens ofte administreres uten at årsaken til endret atferd er kartlagt.

Til tross for ulike tilnærminger i den lindrende prosessen ved smerte, er det enighet om at endret atferd kan indikere smerte. Den betydelige usikkerheten blant sykepleierne påvirker likevel smertekartleggingen. På en side kan endret atferd være smerteindikator, men den helhetlige datasamlingen er likevel viktig i smertekartleggingsprosessen da atferdsendringer kan være tegn på at andre behov ikke er dekket, slik som lite tilfredsstillende livssituasjon, kjedsomhet, over- eller understimulering og/eller en reaksjon på omgivelsene som følge av demenssykdommen (Rokstad, 2021 s. 59). Atferden må ses på som en måte å kommunisere da språket forsvinner (Rokstad, 2020, s. 198). Dette gjør smertekartleggingsprosessen utfordrende da det er flere aspekter å forholde seg til. I studien av Monroe et al. (2015, s. 317) beskriver sykepleierne en kompleks innsamlingsprosess for smertekartlegging. Dette inkluderer data fra pasienten, pårørende, miljø, medisinsk historie og kollegaer.

Ved moderat til alvorlig grad av demens anbefales observasjonsverktøy som MOBID-2 for smertekartlegging (Rokstad, 2020, s. 208). I tillegg viser funnene fra forskningsartiklene at det å ha god kjennskap til pasienten (Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015) og samhandling med pårørende (Burns & McIlpatrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015) var fremmede faktorer for god smertekartlegging. Det er viktig å ha kjennskap til pasientens livshistorie, og se mennesket bak sykdommen (Skovdahl, 2020, s. 435). Kvaliteten på tjenesten personer med demens får, påvirkes av personsentrert tilnærming og kunnskap om miljøtiltak som teknikker innenfor kommunikasjon. Utførelsen av disse faktorene kan påvirke i hvilken grad atferdsmessige symptomer utvikles, og hvordan disse symptomene behandles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 71). Kommunikasjon og utfordrende atferd henger tett sammen. Funnene indikerer at for å fremme god smertekartlegging avhenger dette av en fullstendig datasamling som består av nonverbale og verbale signaler, kjennskap til pasienten, samarbeid med pårørende, og kunnskap om smertekartleggingsverktøy.

5.2 Faglig kunnskap og smertekartlegging

I flere av studiene vektla sykepleierne at faglig kunnskap og erfaringsbasert kunnskap var viktige forutsetninger og faktorer for å gjøre gode vurderinger av pasientenes tilstand, samt identifisere smerte (Jenssen et al, 2013; Monroe et al., 2015). I Jenssen et al. (2013, s. 30) blir generell sykdomskunnskap, medisinerer og kunnskap om demens spesielt vektlagt som viktige forutsetninger for å kunne forstå signalene til pasientene. Viktigheten av kunnskap blir også vektlagt av sykepleiere i studien til Burns og McIlfatrick (2015), hvor sykepleierne som hadde hatt kurs om smerte og demens, hadde høyere score i relasjon til smertehåndtering og smertekartlegging sammenlignet med de som ikke hadde hatt kurs (Burns & McIlfatrick, 2015). Mangel på kunnskap kan på en annen side være et hinder for god smertekartlegging, hvilket underbygges i funnene til Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013, s. 136). Deltagerne hadde flere misoppfatninger om smerte hos eldre personer. Sykepleierne hadde forståelse for at mange av pasientene hadde komorbide kroniske lidelser, men assosierte ikke eldre alder og kroniske sykdommer med økt risiko for vedvarende smerter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 136). Videre hadde ikke sykepleierne i studien klare prosedyrer for hvordan de skulle vurdere smerte eller respondere på indikatorer for smerte og atferdsendringer (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 135).

Disse funnene indikerer både videre behov for kunnskap og uthever viktigheten av kunnskap i yrkesutøvelsen som en sentral faktor for god smertekartlegging av personer med demens. Pasientene er en sårbar gruppe, og avhenger av at sykepleier er til stede for å observere og tolke smertetegn for dem (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Dermed er det essensielt at sykepleiere er bevisste sitt personlige ansvar for egen kunnskapsutvikling og tilstreber kunnskap og veiledning ved behov (Norsk sykepleierforbund, 2023). Sykepleiere har et selvstendig ansvar for både egen og fagets utvikling av kunnskap (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 63; Holter, 2015, s. 114). Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2023). Dette innebærer å ta avgjørelser underbygget av forskning og erfaring samt kunnskap om pasienten og deres ønsker og behov i den bestemte situasjonen (Graverholt et al., 2015, s. 183). Sykepleiere har videre en juridisk plikt i å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Selv om sykepleiere er pliktet til å holde seg faglig oppdatert og arbeide kunnskapsbasert, viser funnene i studiene utfordringer knyttet til kunnskap om bruken av smertekartleggingsverktøy. I alle studiene var det gjennomgående utfordringer knyttet til bruk av smertekartleggingsverktøy (Burns & McIlfatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015). I Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013, s. 136) brukte sykepleierne kun VAS og NRS, men ved nærmere utspørring var det ingen av deltagerne som kunne navngi andre smertekartleggingsverktøy. Dette belyses i Burns & McIlfatrick (2015) hvor sykepleierne uttrykte usikkerhet i hvordan en skulle bruke smertekartleggingsverktøy og flere hadde ikke fått opplæring i bruken av disse. I de to andre studiene viste det seg at smertekartleggingsverktøy ble beskrevet som utilstrekkelige eller at sykepleierne ikke brukte disse på deres arbeidsplass (Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015).

Disse funnene understreker behov for økt kunnskap om bruken av smertekartleggingsverktøy, deres nytte som hjelpemidler i den helhetlige vurderingen sykepleier bør utføre, samt god opplæring i hvordan disse bør benyttes. Videre kan en stille spørsmål om dette er i tråd med faglig forsvarlig utøvelse og hvorfor ikke sykepleierne tilstreber kunnskap om smertekartleggingsskjemaer (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk sykepleierforbund, 2023). Smertekartleggingsskjemaer blir brukt til å observere atferd som kan være med å indikere smerte hos personer med demens (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 165). Sykdomsspesifikke smertekartleggingsverktøy kan være gode hjelpemidler for å observere atferd hos personer med moderat til alvorlig grad av demens ettersom de kan ha nedsatt evne til verbal kommunikasjon eller manglende språk (Häkio, 2015, s. 33). Som en del av lindrende behandling bør smerteutredning utføres ved bruk av kartleggingsverktøy og fremheves som en sterk anbefaling (Helsedirektoratet, 2022c). Standardisert kartleggingsverktøy har vist å øke bevisstheten hos personalet med tanke på hvilken atferd som skal observeres overfor smerte og at bruk av kartleggingsverktøy kan medføre bedre smertelindring (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 273; Sandvik & Husebø, 2011; Torvik et al., 2014). Eksempelvis kan MOBID-2 smerteskala være behjelpelig for å sikre kartlegging av smerte hos personer med demens og har gjennom studier vist tilfredsstillende pålitelighet og validitet for vurdering av smerte (Husebø, 2009; Sandvik & Husebø, 2011). God og tilpasset bruk av smertekartleggingsverktøy kan fremme helhetlig smertekartlegging, men en forutsetning for dette er at sykepleier har kunnskap om hvordan disse bør benyttes. Funnene i studiene kan indikere at det er behov for et kunnskapsløft på dette området.

5.3 Samhandling og tverrfaglig samarbeid

For at omsorgstilbudet på sykehjem skal være helhetlig og individuelt tilpasset den enkelte pasient er tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon betydningsfullt (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon blir trukket fram i flere av studiene som viktige faktorer i smertekartleggingen (Burns & McIlpatrick, 2015; Jenssen et al, 2013; Monroe et al., 2015). I studien til Jenssen et al. (2013, s. 30) fremhevet sykepleierne godt samarbeid innad i pleiegruppen, med tilsynslegen og pårørende som viktig for å ivareta pasientens behov for smertelindring. Kommunikasjonsproblemer innad i pleiegruppen kunne resultere i manglende rapportering og uenighet om pasientens behov for smertelindring, og forårsake at sykepleier ikke fikk vite om en pasients smerter før etter sin vakt (Jenssen et al., 2013, s. 30). Flere av faktorene i Jenssen et al. blir også trukket fram i Monroe et al. (2015, s. 318), spesielt betydningen av kontakt med nærmeste pårørende og tverrfaglig kommunikasjon.

Funnene indikerer viktigheten av tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon i pleiegruppen, samarbeidende fagpersonell og pårørende som betydningsfulle faktorer i smertekartleggingen. Sykepleieren kan sikre god smertekartlegging gjennom å ta initiativ og legge til rette for det tverrprofesjonelle samarbeidet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Sykepleieren kan gjennom godt samarbeid med pårørende og andre ansatte, med bevissthet om pasientens rett til medbestemmelse sette høy faglig standard (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 275; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Involvering av pårørende er i tråd med informasjonsrettighetene til pasient og pårørende ved manglende samtykkekompetanse hos pasient (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1-3-4). Samhandling om smertekartleggingen og hvordan dette påvirker pasienten er viktig for både kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 28). Videre er samhandling mellom ansatte og pårørende viktige elementer som styrker personsentrert kultur (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 267).

Samtidig blir flere barrierer trukket fram. Betydningen av tilstrekkelig med bemanning og tid, samt tilrettelegging av faglig utvikling fra ledelsen blir belyst. Sykepleierne i Burns & McIlpatrick (2015) identifiserte dårlig bemanning og lite tid som barrierer for god smertekartlegging. Dette blir også trukket fram i Jenssen et al. (2013) hvor manglende

fagpersonell og stor utskifting av personalet var et problem ettersom ufaglærte kunne ha manglende kunnskap om smerteatferd (Jenssen et al., 2013, s. 31).

Flere av informantene i Jenssen et al. (2013, s. 30) uttrykte at sykehjemmene de arbeidet på hadde lite fokus på kunnskapsutvikling som et resultat av at arbeidsstedet ikke tilrettela for dette. En av sykepleierne påpekte at dette resulterte i at kun interesserte tilegnet seg faglig kunnskap på fritiden (Jenssen et al., 2013, s. 31). Dette viser hvordan god bemanning og høy faglig kvalitet på tjenestene, gjennom blant annet fagutvikling, er viktig for god smertekartlegging hos personer med demens.

Videre viser funnene at tilstrekkelig med tid på arbeidsplassen er viktig for at sykepleier skal kunne holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk sykepleierforbund, 2023). I Gilmore-Bykovskyi & Bowers (2013, s. 132) dokumenterte ikke sykepleierne rutinemessig effekten av intervensjoner i smertekartleggingen. De hadde ingen klare prosedyrer for smertekartlegging eller for prioriteringen av intervensjoner.

Funnene impliserer både tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon som sentrale faktorer i god smertekartlegging, samtidig som flere barrierer viser behov for forbedring. I henhold til helsepersonelloven (1999, §16) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1) skal sykehjemmet som virksomhet organiseres slik at sykepleiere og helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilrettelegge for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres. Et helhetlig og koordinert helse og omsorgstilbud skal gis til den enkelte pasient (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). I Jenssen et al. (2013) uttrykte sykepleierne at sykehjemmene de arbeidet på i liten grad tilrettela for faglig utvikling, hvilket kan være et brudd på disse lovene. Sykepleieledere har et spesielt ansvar for å tilrettelegge for fagutvikling og faglig oppdatering (Norsk sykepleierforbund, 2023). I lys av funnene fra Gilmore-Bykovskyi & Bowers (2013) kan en stille spørsmål ved manglende dokumentasjon ettersom dokumentasjonsplikten står sentralt i helsepersonelloven (1999, §39-40), hvor sykepleiere skal registrere opplysninger for helsehjelpen som blir gitt. Dokumentasjon av utførte tiltak for smertekartlegging er viktig for det tverrfaglige samarbeidet og kvalitet på tjenesten.

Selv om ledelsen har et spesielt ansvar for å tilrettelegge for faglig utvikling, er sykepleiere og helsepersonell pliktet til å gjennomføre kvalitetsarbeid (Stubberud, 2019, s. 15; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2). Funnene viser behov for kvalitetsforbedring både i

utarbeidelsen av gode rutiner for fagutvikling vedrørende smertekartlegging, samt kompetanseutvikling på dette punktet. Samtidig har sykepleier i det daglige arbeidet på sykehjem, høyest kompetanse og ansvar for at fagmiljøet utvikles og vedlikeholdes (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274- 275). Sykepleier har et veiledningsansvar overfor kollegaer (Norsk sykepleierforbund, 2023) og slik funnene i Jenssen et al. (2013) viser, kunne ufaglærte ha manglende kunnskap om smerteatferd. Sykepleier skal sette faglig standard for pleien og omsorgen som blir utøvd (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Som faglig leder på sykehjem skal sykepleier gi opplæring og veilede slik at god kompetanse sikres. Sykepleiere har et større ansvar enn ansatte med lavere kompetanse for å ta initiativ og lede fagutvikling og endringsarbeid på sykehjem (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 275). Dette forutsetter at sykepleier har god kunnskap om smertekartlegging og smerteatferd for å sikre faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4).

5.4 Personsentrert omsorg i praksis

Tre av forskningsartiklene vektlegger at god kjennskap mellom sykepleier og pasienter er en essensiell faktor for å fremme god smertekartlegging hos personer med demens (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015). Sykepleierne i Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013, s. 135) gjennomførte grundige forsøk på å opprettholde pasientens velvære ved å møte det de så på som umøtte behov. En sykepleier i Monroe et al. (2015, s. 317-318) forklarte at det kan ta uker å bli kjent med pasienten, deres diagnose, deres livshistorie og informasjon fra pårørende. En annen sykepleier vektla at kjennskap over lengre tid styrket hennes kliniske oppfatning sammenlignet med en sykepleier fra vikarbyrå som ikke hadde samme relasjonsbygging til pasientene (Monroe et al., 2015, s. 318). Jenssen et al. (2013, s. 33) trekker også frem at kontinuitet blant personalet hadde stor innvirkning på vurdering av pasientens signaler. For å oppnå gode observasjoner i smertekartleggingen er kjennskap til pasient, nærhet og kommunikasjon sentrale faktorer.

Ettersom sykepleierne i alle studiene ser på atferdsmessige symptomer som indikatorer for smerte (Burns & McIlpatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015), belyser dette verdien av personsentrert tilnærming i god smertekartlegging, da personsentrert tilnærming etterstreber å forstå og tolke utfordrende atferd som forsøk på å formidle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 71; Skovdahl, 2022, s. 108).

Disse funnene tydeliggjør nødvendigheten av personsentrert omsorg i god smertekartlegging og betydningen av kontinuitet blant ansatte. Funnene underbygges av annen forskning som indikerer at personsentrert omsorg har en positiv effekt på pasienters livskvalitet, samt helsepersonells arbeidsbelastning (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 62; Sköldunger et al., 2020). Personsentrert individorientert omsorg kan styrke grunnlaget for utarbeidelsen av individualisert plan og sikre at tjenestene er tilrettelagt den enkeltes behov i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-5) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1). I VIPS rammeverket står den individuelle tilnærmingen til personer med demens som sentralt forankret (Rokstad, 2021, s. 36). Undersøkelser viser til at eldre har mange ansatte å forholde seg til (Meld. St. 15, 2017-2018; Skovdahl, 2022, s. 109). Eldre foretrekker kontinuitet og etablerte relasjoner. For å yte sykepleie med mulighet for pasientmedvirkning og grunnlag i pasientens verdier, avhenger dette av godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient. Disse møtene krever god tid, og er en hjelpende faktor for personsentrert sykepleie (Skovdahl, 2022, s. 109).

På en annen side belyser funnene også hindre for utøvelsen av personsentrert omsorg med betydning for smertekartleggingen. Sykepleierne observerte at betydelig utskifting av personell, mangel på fagkompetanse og begrensede tidsressurser påvirket deres evne til å etablere relasjoner med pasientene (Burns & McIlfattrick, 2015; Jenssen et al., 2013). I studien av Jenssen et al. (2013) påpekte sykepleierne at dette var tydelig under ferieavvikling, da det hovedsakelig var ufaglærte til stede på jobb med utilstrekkelig kjennskap til pasientene og vanskeligheter med å tolke smertesignalene.

Stor utskifting av personell har ikke bare betydning for manglende kunnskap om smerteatferd, men videre konsekvens for relasjonsbygging med pasientene og utøvelsen av personsentrert sykepleie hvilket har konsekvens for god smertekartlegging. Flere studier har vist betydelige avvik mellom planlagt og faktisk bemanning på sykehjem. Høye fraværstall resulterer i at mange sykepleiervakter fylles av personell med lavere kompetansenivå eller uten helsefaglig utdanning (Gautun, 2020, s. 25). Vaktplaner og personalets sammensetning påvirker pasientens valg basert på preferanser. Sykepleieren må evaluere rammer som begrenser eller støtter omsorg med hensyn til individuelle ønsker. Dette må tas i betraktning sammen med sykepleierens ferdigheter, muligheter og pasientens evne til medvirkning. Tilrettelegging for personsentrert omsorg er en lederoppgave. Til tross for tidspress og begrensninger, vil

bemanningsorganiseringen ha stor innvirkning på mulighetene for å oppnå dette (Kirkevold, 2020, s. 101).

Helsetjenester må implementere rutiner for personsentrert omsorg og opplæring av ansatte. Systematisk vurdering og kontinuerlig forbedring av tjenestene er også nødvendig (Helsedirektoratet, 2022b). Slik funnene viser, avhenger utøvelsen av personsentrert omsorg i praksis hvordan organisasjonen er drevet, og sammenhengen mellom kunnskapsbasert praksis og organisatoriske faktorer. Det kan tenkes at hvis organisasjonen hadde tilrettelagt betydelig med tid og kontinuitet blant ansatte kunne dette fremmet god smertekartlegging. Sykepleierne beskriver relasjonen til pasientene som grunnleggende for god smertekartlegging, det å skape gode relasjoner avhenger igjen av tid og kontinuitet.

Personsentrert omsorg tar hensyn til pasienten og deres pårørende (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61). Sykepleierne i flere av studiene vektlegger samarbeid og kommunikasjon med pårørende som styrkende for god smertekartlegging (Burns & McIlfatrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Monroe et al., 2015). Deltagerne i Jenssen et al. (2013) påpeker at pårørende kjenner pasienten best og dermed er viktige samarbeidspartnere. Pårørende kunne i enkelte situasjoner lettere forstå pasientens uttrykk, og om pasienten hadde smerte eller ikke (Jenssen et al., 2013, s. 33). Sykepleierne anså pårørende som behjelpelige i arbeidet med å avgjøre pasientens komfortnivå (Monroe et al., 2015, s. 319). Funnene viser at samhandling med pårørende er sentralt for å oppnå god smertekartlegging. Regjeringens handlingsplan for pårørende påpeker at pårørende skal anerkjennes som ressurs, og oppleve å bli lyttet til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 28). Ved manglende samtykkekompetanse har pårørende rett til medvirkning, men de skal informere om hva pasienten selv ville ønsket ovenfor egne ønsker (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 222; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6). Sykepleier skal samhandle og behandle pårørendes opplysninger på egnet måte. Ved eventuelle interessekonflikter mellom pasient og pårørende, skal sykepleier prioritere pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2023).

På en annen side erfarte sykepleierne i Monroe et al. (2015, s. 318-319) at det oppsto utfordringer knyttet til pårørende, og at det var vanskelig å balansere pårørendes ønsker og pasientens behov ved kartlegging og lindring av smerte. Helsepersonell må godta at deres rolle ikke kan eller skal erstatte den funksjonen pårørende kan ha ovenfor personer med demens, og helsepersonell bør lytte til pårørendes forslag og henvendelser (Smebye, 2020, s.

284). Derimot, ved manglende samtykkekompetanse, har ikke pårørende ansvar for å ta avgjørelser og det er helsepersonell som beslutter om helsehjelpen skal gis sammen med annet kvalifisert helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6). Dette kan være etisk utfordrende for sykepleier å stå i, og sykepleierne i Monroe et al. (2015, s. 318) uttrykte mange ansvarsområder knyttet til å pleie hele familien og samtidig ta hensyn til pasientens velbehag. Etisk bevissthet og refleksjon blant helsepersonell kan forhindre konflikter og tilby nye perspektiver og løsninger når en står overfor et dilemma (Helsedirektoratet, 2017). Yrkesetiske retningslinjer vektlegger sykepleierens ansvar for etisk forsvarlig praksis (Norsk sykepleierforbund, 2023).

5.5 Metodediskusjon

5.5.1 Generell litteraturstudie

En generell litteraturstudie er både en syntese og analyse av publisert forskning med klinisk relevans (Popenoe et al., 2021). For å besvare og belyse vår problemstilling har det vært av relevans å gjennomføre en generell litteraturstudie. Gjennom metoden har vi lest forskning av klinisk relevans for fremtidig yrkesutøvelse. Den generelle litteraturstudien danner et godt fundament for hvordan sykepleiere i smertekartleggingen av personer med demens på sykehjem kan jobbe kunnskapsbasert i sin yrkesutøvelse, slik at kunnskapen blir brukt i sammenheng med både den erfaringsbaserte kunnskapen, pasientens behov og at sykepleiere kan bedømme utøvelsen av egen praksis (Helsebiblioteket, 2021).

Vi fant det styrkende at vi kunne benytte en annen valgfri database for å få et bredere utvalg av forskning for å belyse problemstillingen vår i en nordisk kontekst. På en annen side har rammene for oppgaven blitt opplevd som noe begrensende ettersom de vitenskapelige databasene vi kunne søke i var fastsatt på forhånd. Dermed var det begrenset hvor vi kunne utføre søkene. Vi fant det utfordrende å kun gjennomføre ett strukturert søk og at dette skulle resultere i utvalgte funn. Selv om CINAHL er en relevant vitenskapelig database, har den vært teknisk utfordrende å utføre søk i da flere vitenskapelige artikler ikke har vært knyttet opp mot riktige emneord og nøkkelord. CINAHL er en stor internasjonal database og gir bred tilgang til forskning, men har begrenset med nordisk forskning.

5.5.2 Gjennomført litteratursøk

Søket er gjennomført med nøkkelord fra vår problemstilling, og det er tilføyd variasjoner av nøkkelordene for å finne forskning med forskjellige emneord innenfor samme tema.

Nøkkelordene sammensatt med avgrensninger, inklusjons- og eksklusjonskriterier førte til et endelig resultat på tre forskningsartikler. Vi gjennomførte flere søk med varierende nøkkelord før det aktuelle søket, hvilket kan styrke vårt søk ved at vi har lest mye forskning og funnet riktige søkeord. Dette resulterte i et smalt treff og kan ses på som en styrke og en svakhet. Styrken er at spesifiserte nøkkelord fjernet irrelevante treff, vi kan derimot ha gått glipp av relevant forskning ved å ha få resultater.

Grunnet oppgavens ramme på minimum fire forskningsartikler måtte vi gjennomføre et søk til i en annen database, og valgte å søke i en database med nordisk kontekst. Siden databasen hadde mindre arkiv av forskningslitteratur, måtte vi fjerne flere av nøkkelordene fra forrige søk for å få resultater. Det endelige søket inkludert avgrensninger, inklusjons- og eksklusjonskriterier resulterte i én aktuell forskningsartikkel tilgjengelig for gjennomlesning. En svakhet ved SveMed+, er at det ikke aktivt publiseres forskning og databasen har ikke vært aktiv siden 2020. Dette begrenset vårt søk til forskning før 2019 og forskning kan være fjernet fra arkivet. En generell svakhet ved vårt litteratursøk er vår erfaring med databaser og søket i disse. Vi opplevde CINAHL som teknisk utfordrende, og etter gjentagende undervisning i søk fant vi det fortsatt utfordrende å gjennomføre et godt strukturert søk.

5.5.3 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler

En av forskningsartiklene er gjennomført i Norge med sykepleiere fra ulike kommuner og sykehjem. Etersom studien er utført i Norge styrker dette overførbarheten og dens kliniske relevans. De andre er gjennomført i USA og Storbritannia i geografisk avgrensede områder. På en side peker funnene på lignende erfaringer på tvers av land, selv om en kan stille seg kritisk til overføringsverdien på bakgrunn av ulik oppbygning av helsevesenet og sykepleierutdanningen. Både Norge og Storbritannia er land der helsevesenet i hovedsak finansieres gjennom statsbudsjett og skatter, det er statlig drevet, og alle har tilgang til helsetjenester. Helsevesenet i USA drives av et markedsbasert system rettet mot den private sektoren, her dekkes helsehjelp av forsikringer eller som egenutgift (Anandaciva, 2023). I to av forskningsartiklene, gjennomført i USA og Storbritannia, spesifiseres det at deltagerne er registered nurses (RN) og licensed practical nurses (LPN). Disse sykepleierrollene kan ikke

direkte oversettes til norsk, men tilsvarer sykepleier (RN) og helsefagarbeider (LPN) (Flodgren & Meneses, 2017, s. 28). Ulikheten i helsetjenestene kan ha betydning for funnene i forskningsartiklene. På tross av forskjeller i helsevesen viser funnene store likheter i sykepleiers erfaringer og faktorene som fremmer god smertekartlegging.

Forskningsartiklene ble publisert i 2013 og 2015, hvilket impliserer at forskningen ble gjennomført før publisert tidspunkt. Helsetjenestene kan ha endret seg siden studiene ble gjennomført, og det kan ha vært en økning i kompetansen på dette området som bør tas i betraktning. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom opprettelsen av femårige demensplaner målrettet arbeidet med sikte på betydelig utvikling innenfor demensomsorgen (Skovdahl, 2022, s. 107-108). Tre femårsplaner har blitt utgitt: Demensplan 2015 *Den gode dagen*, Demensplan 2020 *Et mer demensvennlig samfunn* og Demensplan 2025 (Skovdahl, 2022, s. 108; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Videre har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale retningslinjer for både utredning, behandling og oppfølging av personer med demens (Helsedirektoratet, 2023).

Tre av artiklene har rekruttert deltagere strategisk ved å henge opp plakater, sende mail eller ta kontakt direkte med sykehjem i bestemte eller geografisk like områder. Strategisk utvalg har som målsetting at materialet som samles inn kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58). I alle forskningsartiklene var kriteriene at sykepleieren måtte ha erfaring med pleie til og ansvar for personer med demens. I to av forskningsartiklene hadde sykepleierne lang klinisk erfaring i å jobbe med personer med demens. Det kan være en styrke for resultatene ettersom disse sykepleierne kan ha opparbeidet seg erfaringsbasert kunnskap. I de andre artiklene er det ikke spesifisert deltagerens lengde på erfaring. Erfaringsnivået til deltakerne og hvor representativt utvalget er for majoriteten av sykepleiere, kan være spørsmål å vurdere med tanke på resultatene. Samtidig kan et representativt, tilfeldig utvalg true gyldigheten i en kvalitativ studie (Malterud, 2017, s. 58). Sykepleierne i Jenssen et al. (2013) og Burns & McIlpatrick (2015) hadde variert erfaringslengde. Erfaringslengden kan sørge for at problemstillingen belyses fra ulike sider og styrke materialet slik at innholdet er tilstrekkelig rikt og variert (Malterud, 2017, s. 58).

6 Konklusjon

Å kartlegge smerter hos personer med demens er en kompleks prosess og krever betydelig kunnskap og kompetanse. For å fremme god smertekartlegging hos denne gruppen, forutsetter dette gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om nonverbale og verbale signaler med kjennskap til pasientene. Faglig kunnskap og erfaringsbasert kunnskap er sentrale faktorer for å gjøre gode vurderinger og identifisere smerte hos pasienter med demens. Videre peker resultatene på betydningen av samarbeid på tvers av fagområder og intern kommunikasjon i pleiegruppen, med andre samarbeidende fagpersoner og pårørende. Disse elementene fremheves som sentrale faktorer som bidrar positivt til effektiv smertekartlegging. Funnene belyser behovet for økt forståelse av hvordan smertekartleggingsverktøy kan brukes som støtte i den omfattende vurderingen sykepleiere gjennomfører, samt behovet for grundig opplæring i bruken av dem. Resultatene indikerer at utøvelsen av personsentrert omsorg er avhengig av organisasjonens drift og viser behov for god opplæring av ansatte med fokus på fag og kompetanseutvikling, dette er både et lederansvar og sykepleieansvar. En personsentrert tilnærming, som tar hensyn til individuelle behov, livshistorie og samarbeid med pårørende er avgjørende for å god smertekartlegging. Resultatene er basert på inkludert forskning, og annen forskning kunne resultere annerledes. Det har ikke blitt utført en omfattende gjennomgang av litteraturen, og derfor er det usikkerhet knyttet til konklusjonene som presenteres i oppgaven.

De fremmende faktorene for god smertekartlegging som vises i resultatene kan ha implikasjonsverdi for sykepleiere som møter personer med demens i helse og omsorgstjenester. Basert på oppgavens resultater ser vi hvordan en ledelse aktivt må fremme kvalitetsarbeid og personsentrert omsorg. Vi som fremtidige sykepleiere bør tilstrebe faglig kunnskap, vektlegge pårørende som ressurser og aktivt bidra til kompetanseheving og kvalitetsforbedring. Videre forskning kunne vært hvordan en effektivt kan implementere smertekartleggingsverktøyene på en sykehjemsavdeling for personer med demens og sikre god opplæring i bruken av disse.

Referanseliste

- Anandaciva, S. (2023, 26. Juni). *How does the NHS compare to the health care systems of other countries?* The Kings Fund.
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/202306/How_NHS_compare_2023.pdf
- Bertelsen, A. K. (2019). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-343). Gyldendal.
- Borglin, G., & Gjevjon E. R. (2022). Sykepleie- profesjon og fag. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6.utg., s. 48-80). Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
- Burns, M & McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P. O. (2008). Person-Centred care for people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology* 7(4), 362-367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- Eriksen, S. (2020). Lindrende behandling til personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 341-366). Cappelen Damm Akademisk.
- Flodgren, G. & Meneses, J. (2017). *Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene*. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/ufaglart-personell-mm-rapport-2017.pdf?fbclid=IwAR1LTIH_MFIkeWnG4dwSCFsmsF7bThatRFc1HdQ7U_qwzgufkjS_gYW0Spw
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus: Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA rapport 14/20).
https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf

- 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>
- Gjøra, L., Kjellvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Forlaget aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_interaktiv.pdf
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 179-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Nordtvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie - funksjon ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal.
- Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet (2017, 16. januar). *Etiske dilemmaer i møte med pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/etiske-dilemmaer-i-mote-med-paerrende#handtere-dilemmaer-i-mote-med-paerrende>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Symptomlindrende legemiddelbehandling i livets slutfase – generelle råd*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/symptomlindrende-legemiddelbehandling-i-livets-slutfase-generelle-rad#pasienter-i-livets-slutfase-ma-folges-tett-med-daglige-vurderinger-av-symptombildet-og-behandlingseffekt-begrunnelse>
- Helsedirektoratet (2019, 27. november). *Krav til kompetanse*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2022a, 27. april). *Om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022b, 27. April). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-begrunnelse>

- Helsedirektoratet. (2022c, 11. mai). *Lindrende behandling til personer med demens*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet (2023, 5. desember). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens#referere>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/horingsutkast_demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020a, 2. desember). *Demensplan 2025*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020b, 8. desember). *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerørende.pdf>
- 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/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 142 (19).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>
- International Association for the study of pain. (u.å.). *Terminology: pain*. Hentet 8. november 2023 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

- Jensen-Dahm, C. & Waldemar, G. (2019). Smerter hos ældre og patienter med demens. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, evidens og behandling* (4. Utg., s. 156-167). FADL's Forlag.
- Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, 5(3), 26-34.
<https://sykepleien.no/2013/11/geriatrisk-sykepleie-nr-3-2013>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke* (N. Johnsen, Overs.). Forlaget Munksgaard. (Opprinnelig utgitt 1997).
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm Akademisk.
- 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>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Norsk sykepleierforbund (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<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>
- Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

- Rokstad, A. M. M. (2020). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg, s. 23-50). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg, s. 51-71). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Utfordrende arbeid. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg, s. 196-219). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (2. Utg.). Universitetsforlaget.
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108 (80594), e-80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sandvik, R. K. N. M. & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 99(11), 62-64. [10.4220/sykepleiens.2011.0162](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162)
- Sandvik, R. K., Selbaek, G., Bergh, S., Aarsland, D. & Husebo, B. S. (2016). Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 821-827. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskr Nor Legeforen*, 125(11), 1500-1502. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>
- Skovdahl, K. (2022). Personsentrert sykepleie. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6.utg, s. 94-117). Cappelen Damm Akademisk.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 416-441). Gyldendal.
- Sköldunger, A., Sandman, P. O. & Backman, A. (2020). Exploring person-centred care in relation to resource utilization, resident quality of life and staff job strain- findings

- from the SWENIS study. *BMC Geriatrics*, 20 (465). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01855-7>
- Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 216-231). Gyldendal Akademisk.
- Smebye, K. L. (2020). Samarbeid med pårørende. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg, s. 268-291). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., Hårstad, L. K. L., Berdal, Å. B., Frønes, A., Ommedal, E., Hellenen, M., Karlsaunet, G. & Torjuul, K. (2014). Kartlegger smerte. *Sykepleien*, 102 (3), 62-65. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0027>
- 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.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien er en tverrsnittstudie som først inkluderte 96 sykepleiere på 17 ulike sykehjem i Storbritannia. 32 sykepleiere responderte (33% svarrespons). Data ble innsamlet over 4 uker og spørreskjemaene ble geografisk fokusert. Spørreskjemaet var delt i tre deler med lukkede spørsmål og en del med åpne spørsmål. For å sikre gjennomførbarhet gjennomførte forskerne en pilotstudie som inkluderte et sykehjem over 3 uker, men grunnet lav svarprosent impliserte dette behov for å minne deltagerne ukentlig på telefon om studien. Denne pilotstudien var ikke inkludert i hovedstudien.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Majoriteten av deltagerne var kvinner (n=27), gjennomsnittsalder var 41 år, og de fleste hadde utdannet seg utenfor Storbritannia eller Irland (n=20). En svakhet ved denne studien er lav svarrespons (33%). Respondentene hadde gjennomsnittlig jobbet med personer med demens i 7,5 år.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten og sykehjemmene utvalgt til studien ble geografisk avgrenset. Spørreskjemaer ble sendt til 17 utvalgte sykehjem. I studien står det ikke spesifisert når disse spørreskjemaene ble besvart, eksempelvis når på dagen eller om var utenom eller i arbeidstid. Funnene viser til at			X



	sykepleierne ikke kartla smerter gjennom tradisjonelle smertekartleggingsverktøy, men gjennom andre observasjoner av pasientene, slik som humør eller adferds forandringer. Barrierer for god smertehåndtering blir fremlagt i studien, eksempelvis begrenset bemanning, mangel på tverrfaglig støtte og samarbeid, samt arbeidsbelastning. Disse funnene kan relateres til klinisk praksis i for eksempel sykehjem for å øke kunnskapen om barrierer som forhindrer god smertehåndtering.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Data ble kodet og gjennomgikk Statistical Package for Social Sciences. Åpne spørsmål fra spørreskjemaene ble innholdsanalysert ved bruk av tematisk analyse.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, sentrale deler av hovedfunnene blir inndelt i ulike overskrifter i artikkelen. En stor del av respondentene (n= 23) mente at demens kunne ha innvirkning på den psykologiske prosessen ved smerter og majoriteten av deltagerne (n=29) mente at smerter hos personer med demens kunne være tydelig gjennom forandring i oppførsel. Majoriteten av respondentene mente at personer med demens ikke nøyaktig kunne selvrapportene smerter, og barrierer for god smertehåndtering ble også fremlagt, se punkt 5.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan gi god kunnskap om hvilke observasjoner sykepleiere i Storbritannia selv rapporterer om ved smertekartlegging og smertehåndtering hos personer med demens. Selv om studien er utført i Storbritannia, kan resultatene brukes i praksis i Norge ved å kjenne til barrierene som forhindrer god smertehåndtering og kartlegging, samt bruken av kartleggingsverktøy og viktigheten av økt kunnskap på dette området.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen påpeker at sykepleierne i studien gjenkjente at de ikke kun kunne bruke tradisjonelle smertekartleggingsverktøy og istedenfor brukte andre observasjoner for å få mer utfyllende observasjoner. Studien konkluderer med mangel på kunnskap i bruken av smertekartleggingsverktøy blant sykepleiere samt barrierer som forhindrer effektiv smertehåndtering. Konklusjonen er underbygget av noen av resultatene, men kunne på en annen			x



side nevnt flere av punktene fra resultatene, blant annet hvordan sykepleierne i studien håndterte og behandlet smerte. Dette var en egen overskrift, men ikke nevnt i konklusjonen.			
Totalt antall poeng: ****	7/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
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				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Denne studien bruker et kvalitativt design, Grounded Dimensional Analysis, for å undersøke sammenhengen mellom forståelsen sykepleiere har om smerte hos personer med demens og handlingene som blir gjort i forhold til deres forståelse. Dette er et passende design da det er med å skape en teori om hvordan sosial forståelse styrer handlinger, og er med å identifisere konsekvenser knyttet til de ulike handlingene. Det ble gjennomført intervjuer med alle deltagerne.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er 13 lisensierte sykepleiere med erfaring fra å jobbe med personer med demens på 4 forskjellige sykehjem i Wisconsin. Det er inkludert både «licensed practical nurses» (LPN) og «registered nurses» (RN), som er overførbart til helsefagarbeider og sykepleier i Norge. 3 LPN er også inkludert i studien siden flertallet av de som er ansatt på sykehjem er LPN, i tillegg til at de på sykehjem står nærme pasienten og har mange oppgaver som tilsvarer RN. N=13 (3 LPN og 10 RN).	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?	X		



	<p>Kommentar: Hensikten er å undersøke hvordan sykepleier tar avgjørelser om å farmakologisk behandle smerte hos personer med demens, og hvilke faktorer som påvirker avgjørelsen om å behandle. 13 deltagere fra 4 forskjellige sykehjem. Det er fullt mulig å relatere funnene til praksis.</p>			
6.	<p>Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Grunnet designet så foregår innhenting av data og analyse samtidig. Etter hvert intervju analyseres data så forskerne har mulighet til å justere spørsmålene til neste intervju. Intervjuene er gjennomført med en analysemetode som består av ikke-linære fraser: Åpen-, Aksial/dybe- og selektiv-koding. Åpen-koding fokuserte på å oppdage og beskrive kategoriene og karakteristikkene. Aksial-koding utforsket forhold som påvirket smertebehandlingen og konsekvensene knyttet til ulike forhold og avgjørelser. Selektiv-koding ble brukt til analysen til slutt.</p>	X		
7.	<p>Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Sykepleierne var usikre på sannsynligheten for at smerten var til stede hos personer med demens, og de hadde ikke klare prosedyrer for hvordan de skulle vurdere smerte, reagere på smerteindikatorer eller atferdsproblemer, og hvordan de skulle gripe inn.</p>	X		
8.	<p>Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Det er innhentet mange erfaringer i denne studien som igjen resulterer med mange funn og mange faktorer som det må tas hensyn til. Resultatene er beskrevet på en tydelig måte, og kan brukes i praksis for å øke bevissthet rundt tematikken og sette fokus på økt smertekartlegging hos personer med demens.</p>	X		
9.	<p>Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen oppsummerer resultatene i forskningen på en veldig kort, men konkret måte. Konklusjonen viser til for lavt nivå på smertekartlegging hos sykepleierne, i tillegg til at det ut fra sykepleiers perspektiv utvider forståelsen for at personer med demens fortsatt blir underbehandlet i forhold til smerte.</p>	X		
	<p>Totalt antall poeng: ****</p>	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:				
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://sykepleien.no/2013/11/geriatrisk-sykepleie-nr-3-2013				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Dette er en kvalitativ studie med utgangspunkt i en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Forskerne benyttet individuelle halvstrukturerte forskningsintervju med støtte av en intervjuguide.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er representative for å besvare problemstillingen ettersom dette er en kvalitativ studie med mål om å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere hadde med å utføre smertevurdering med langtkommen demens og språkvansker. Fem sykepleiere fra ulike sykehjem i Nord-Norge deltok. Alle hadde ulik arbeidserfaring innenfor sykepleieryrket, med et tidsspenn fra 4-37 år. Fire av deltagerne jobbet på spesialavdeling for pasienter med demenssykdom, en arbeidet på somatisk avdeling.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Deltagerne ble intervjuet ut fra en intervjuguide. Inklusjonskriteriene var at deltagerne hadde lang erfaring med å jobbe som sykepleier med demenspasienter. Tre av intervjuene ble utført på arbeidsplassen i arbeidstiden, mens to ble gjennomført hjemme hos informantene. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Datamaterialet ble anonymisert og deltagelsen var frivillig. De kunne trekke seg fra studien når som helst.	x		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



	Funnene kan relateres til klinisk praksis ettersom studien er utført i Norge og på sykehjem. Studien kan fortelle noe om norske sykepleiere sine erfaringer og utfordringene i smertekartlegging av personer med alvorlig demens.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Data ble analysert ved bruk av fenomenologisk innholdsanalyse. Materialet ble lest gjennom for å få et helhetsinntrykk av funnene. Deretter ble de meningsbærende enhetene i teksten fargekodet og trukket fram. Dette ble gjort for å tematisk tolke materialet. De meningsbærende tekstenhetene med sammenfallende og lignende innhold ble sammenfattet gjennom flere steg. Alle resultat og tolkninger ble diskutert av forskerne som resulterte i enighet om tre grunnleggende tema knyttet til demens og smerter.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, de ulike hovedfunnene er kategoriserte og tydelig inndelt gjennom hele studien. Dette inkluderer: prøving og feiling vedrørende smertelindring, viktigheten av tverrfaglig samarbeid og betydningen av faglig kunnskap som grunnlag for god smertebehandling.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, ettersom som studien fremhever sykepleiere sine erfaringer i å behandle smerter hos personer med demens på sykehjem. Studien viser at vurderingen av smerter skaper usikkerhet hos sykepleiere grunnet utfordringer med å tolke pasientens uttrykk. Dette forsterkes av manglende kunnskap om demens og manglende samarbeid på arbeidsplassen. Studien er utført i Norge og erfaringene er relevante for å fremheve kompleksiteten i smertebehandling for personer med alvorlig demens på sykehjem. Dette kan øke kunnskapen om hvilke utfordringer som forhindrer god smertebehandling samt fremmende faktorer som bidrar til god smertebehandling til denne pasientgruppen.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen underbygges av resultatene og viser at smertebehandling av personer med demens er utfordrende for sykepleiere grunnet flere faktorer, blant annet uklart sykdomsbilde, vage signaler og manglende verbal kommunikasjon fra pasienten. Dette kunne resultere i prøving og feiling med smertelindring og var også et resultat av mangelfull utredning. Videre ble det trukket fram at godt samarbeid med pårørende kunne være viktig for å utføre god	x		



smertevurdering og personsentrert omsorg i form av kjennskap til pasienten var en styrkende faktor.			
Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
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				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Dette er en utforskende kvalitativ studie som har brukt fokusgrupper fra to ulike sykehjem i USA. Deltagerne var sykepleiere med direkte pleieansvar og som kartla og håndterte smerter. Totalt var 29 sykepleiere med i studien.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne kan svare på problemstillingen. Målet med studien var å vurdere sykepleiere på sykehjem sin praksis for å identifisere og lindre smerte.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Fokusgruppene varte i 1 time og ble utført på et privat konferansesenter sammen med en som moderator og en assistent. Moderator ledet diskusjonen med semi-strukturerte, åpne spørsmål. Forskerne har samlet resultatene tematisk: sykepleierne var usikre på smerteopplevelsen på sykehjem med demens og dette var en kompleks prosess. Disse funnene relateres til klinisk praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Opptakene ble transkribert av en selvstendig tredjepart. Deretter ble disse gjennomgått av forskerne og forfatterne av artikkelen med tidligere erfaring med fokusgruppeforskning og analyse av fokusgruppedata. Metoden for transkriberingen er beskrevet.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	x		



	Kommentar: Resultatene er fordelt i overordnede temaer som ble gjentatt og underbygget sykepleierne sine refleksjoner gjeldende smertehåndtering hos personer med demens.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: De overordnede temaene i resultatene fremlegger amerikanske sykepleiere sine opplevelser og erfaringer i å håndtere og kartlegge smerter hos personer med demens på sykehjem. Disse resultatene kan brukes i praksis ettersom erfaringene med smertekartlegging kan sammenlignes i en norsk kontekst, øke kunnskapen om smertekartlegging og smertehåndtering av personer med demens, samt fortelle om hvordan denne prosessen er kompleks for sykepleier i møte med denne pasientgruppen.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Artikkelen har ikke en tydelig konklusjon, men en diskusjon og oppsummering. Resultatene blir fremlagt og diskutert samt hovedfunnene presenteres. Ettersom artikkelen ikke har en konklusjonsdel, krysses det av på usikker.			x
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.