

Lina Svendsgaard 10192

Marte Eidshaug 10134

Hva mener sykepleiere er viktige faktorer som påvirker smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?

Antall ord: 7698

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie

Juni 2023

Lina Svendsgaard 10192

Marte Eidshaug 10134

Hva mener sykepleiere er viktige faktorer som påvirker smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?

Antall ord: 7698

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

| | |
|---|--|
| Tittel: Hva mener sykepleiere er viktige faktorer som påvirker smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem? | Dato: 31.05.2023 |
| Forfattere: | Lina Svendsgaard Marte Eidshaug |
| Nøkkelord: | Smertelindring, Demens, Terminal fase, Palliasjon, Sykepleie |
| Antall sider/ord: 37/7698 | |
| <p>Bakgrunn: God smertelindring er vist å være essensielt i palliativ fase. I Norge foreligger det ingen særskilte rutiner knyttet til palliativ omsorg for pasienter med demens. Det utfordres når pasientene ikke kan uttrykke seg verbalt. For sykepleier krever dette bred kompetanse, samt forhold som tilrettelegger for god smertelindring.</p> <p>Hensikt: Belyse sykepleiers erfaringer med smertelindring hos pasienter i terminal fase med langtkommen demens i sykehjem. Det er lagt vekt på sykepleieperspektivet, og hvilke faktorer som kan fremme eller hindre god smertelindring.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie basert på åtte ulike forskningsartikler. Det er gjennomført systematisk søk, et utvalg og analyse av artikler.</p> <p>Resultat: Resultatene viste at smertelindring hos pasienter med langtkommen oppleves som utfordrende for sykepleierne. Et viktig funn er manglende bruk av kartleggingsverktøy, som forårsakes av flere barrierer. Sykepleierne er avhengige av gode fagkunnskaper og et godt tverrfaglig samarbeid for å sikre tilstrekkelig smertelindring. Organisatoriske utfordringer som underbemanning og tidspress er faktorer som påvirker sykepleiernes mulighet til å gi god smertelindring.</p> <p>Konklusjon: En stor ressurs i veien mot tilstrekkelig smertelindring hos pasientene er kontinuitet i alle ledd. Sykepleierne har et viktig ansvar i møte med denne pasientgruppen, men må selv holde seg faglig oppdatert for å skape en helhetlig tjeneste. Likevel utfordres dette av organisatoriske forhold, som tidspress, underbemanning og høy arbeidsbelastning.</p> | |

Abstract

| | |
|--|---|
| Title: End-of-life care for people with advanced dementia in nursing homes; Nurses experiences with facilitators for pain management. | Date: 31.05.2023 |
| Authors: | Lina Svendsgaard Marte Eidshaug |
| Keywords: | Pain management, Dementia, Terminal care, Palliative care, Nursing care |
| Number of pages/words: 37/7698 | |
| <p>Background: Adequate pain relief is known to be essential in palliation. In Norway, there is a lack of implemented guidelines regarding palliative care for patients with dementia. Adequate pain relief is furthermore challenged when the patients cannot verbally express themselves. For nurses, this requires thorough knowledge, as well as conditions that facilitate for good pain relief.</p> <p>Purpose: Elucidate nurses' experiences with pain relief regarding terminally ill patients with advanced dementia in nursing homes. Emphasis is placed on the nursing perspective, and which factors can promote or prevent good pain relief.</p> <p>Method: The study is a literature study based on eight different research articles. A systematic search, a selection and analysis of articles has been carried out.</p> <p>Result: The nurses in the included studies described communicative, relational and organisational challenges. One major issue involved the lack of use of observational pain tools. One of the causes found was nurses' limitations in knowledge about the factors surrounding pain-relief and how the advanced dementia affected the patient's behaviour. Another factor found that affected the pain management, was the multidisciplinary collaboration. Furthermore, nurses' ability to treat patients with advanced dementia was affected by organisational challenges, particularly understaffing and time constrain.</p> <p>Conclusion: The major factor impacting adequate pain relief among the patients was continuity. The nurses where responsible for staying updated on scientific knowledge to help create a holistic health service. At the same time this is contested by the organisational challenges.</p> | |

Innhold

| | | |
|---------|--|----|
| 1. | Introduksjon | 5 |
| 1.1. | <i>Introduksjon til tema og problemstilling</i> | 5 |
| 1.2. | <i>Begrunnelse for tema, formål og problemstilling</i> | 5 |
| 2. | Teori..... | 6 |
| 2.1 | <i>Langtkommen demens</i> | 6 |
| 2.2 | <i>Palliativ omsorg til pasienten med demens</i> | 7 |
| 2.3 | <i>Terminal fase</i> | 7 |
| 2.4 | <i>Smerter og smertekartleggingsverktøy til pasienter med langtkommen demens</i> | 8 |
| 2.4.1 | <i>Smerter og nonverbalt språk</i> | 8 |
| 2.5 | <i>Sykepleieteori</i> | 9 |
| 2.6 | <i>Sykepleiers ansvar i sykehjem</i> | 9 |
| 2.6.1 | <i>Myndighetskrav</i> | 9 |
| 2.6.2 | <i>Sykepleieren i det tverrfaglige teamet</i> | 10 |
| 2.6.3 | <i>Sykepleierens ansvar for smertekartlegging</i> | 11 |
| 3. | Metode | 11 |
| 3.1 | <i>Beskrivelse av metode</i> | 11 |
| 3.2 | <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> | 11 |
| 3.3 | <i>Søkestrategi</i> | 12 |
| 3.4 | <i>Søketabeller</i> | 13 |
| 3.5 | <i>Vurdering/utvelgelse av artikler</i> | 16 |
| 3.6 | <i>Analyse</i> | 17 |
| 4. | Resultat..... | 18 |
| 4.1 | <i>Artikkelmatrise</i> | 18 |
| 4.2 | <i>Sammenfattet resultat av forskningen</i> | 22 |
| 4.2.1 | <i>Sykepleierens kliniske kompetanse</i> | 22 |
| 4.2.1.1 | <i>Fagkunnskap</i> | 22 |
| 4.2.1.2 | <i>Bruken av kartleggingsverktøy</i> | 23 |
| 4.2.1.3 | <i>Personsentrert omsorg</i> | 23 |
| 4.2.2 | <i>Tverrfaglig samarbeid</i> | 24 |
| 4.2.3 | <i>Organisatoriske forhold</i> | 24 |
| 4.2.3.1 | <i>Tid og ressurser</i> | 24 |
| 4.2.3.2 | <i>Implementering av kartleggingsverktøy</i> | 25 |
| 5. | Diskusjon..... | 25 |
| 5.1 | <i>Sykepleierens fagkunnskap</i> | 26 |
| 5.2 | <i>Er smertekartleggingsverktøyene tilstrekkelige i bruk?</i> | 27 |
| 5.3 | <i>Sykepleierens relasjon til pasienten</i> | 28 |
| 5.3.1 | <i>Sykepleiers relasjon til pasienten påvirkes av kontinuitet</i> | 28 |

| | | |
|-----|--------------------------------------|----|
| 5.4 | <i>Tverrfaglig samarbeid</i> | 29 |
| 5.5 | <i>Organisatoriske forhold</i> | 30 |
| 5.6 | <i>Metodediskusjon</i> | 31 |
| 5.7 | <i>Konklusjon</i> | 32 |
| | Referanser | 34 |

Tabeller

| | | |
|-------------|---|-------|
| Tabell 1. | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 12 |
| Tabell 2. | PICO-skjema | 13 |
| Tabell 3.1. | Søketabell Svemed+ | 13 |
| Tabell 3.2 | Søketabell CINAHL | 13-14 |
| Tabell 3.3 | Søketabell Pubmed | 14 |
| Tabell 3.4 | Søketabell MEDLINE | 15 |
| Tabell 3.5 | Søketabell Svemed+ | 15 |
| Tabell 3.6. | Pubmed | 16 |
| Tabell 3.7 | Beskrivelse av analyseprosessen | 17 |
| Tabell 4.1 | Artikkelmatrise | 18-21 |
| Tabell 4.2 | Oversikt over hovedfunn | 22 |

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema og problemstilling

Ifølge Helsedirektoratet var det 100 000 personer med demens i Norge i 2020. Det er en økning i antall eldre og en medfølgende økning av personer med demens (Helsedirektoratet, 2022). Blant dem som bor på sykehjem antas det at 80% av beboerne har en demensdiagnose. 60-80% av denne pasientgruppen har smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s.401-405). De fleste av pasientene på et sykehjem vil tilbringe sine siste dager i sykehjemmet. I 2019 døde 16300 mennesker i norske sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2020).

I 2020 la regjeringen fram handlingsplanen "Demensplan 2025". Handlingsplanen har som formål å fange opp mennesker med demens i tide og tilby dem tilpassede tjenester. Ifølge handlingsplanen er det fremdeles utfordringer med det palliative tilbudet til personer med demens. Dette skyldes at kompetansen om lindrende behandling er knyttet til kreftområdet og ikke er overførbart til personer med demens. Mange eldre i terminal fase opplever betydelig lidelse, der spesielt smertetilstander er underbehandlet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 23). Samtidig sier FNs erklæring om den dødenes rettigheter, at den døende har rett til smertelindring (Mathisen, 2019, s. 426).

Som sykepleier har en ansvaret for å kartlegge pasientenes smerte og følge opp smertelindrende behandling. Pasienter med langtkommen demens er en sårbar gruppe, de fleste kan ikke selvrappportere smerte og er avhengige av sykepleierens observasjon og tolkning. Hensiktsmessig håndtering av smerte hos personer med langtkommen demens kan være både utfordrende og komplekst (Torvik & Sandvik, 2020, s. 412).

Smertebehandling til personer med demens er altså en kjent utfordring, og på grunn av økningen i antall eldre vil utfordringene ramme enda flere i tiden fremover. Som nevnt er mye av kompetansen om lindrende behandling ikke overførbart til personer med demens. En stor andel mennesker med demens vil bo på sykehjem i livets slutfase. Sykepleierne vil stå med et ansvar for smertebehandling. Hvordan oppleves det for sykepleiere å stå i denne situasjonen på et sykehjem?

1.2. Begrunnelse for tema, formål og problemstilling

I egen klinisk praksis har vi erfart at sykehjem er en travel arena. Sykepleierne går gjerne alene med ansvaret for en hel avdeling. Enkelte ganger har vi sett at dette fører til at sykepleierne har lite tid til den enkelte pasienten. Videre har vi bemerket oss at smertelindring hos pasienter med langtkommen demens er en utfordrende oppgave. I tillegg har vi ikke observert at kartleggingsverktøy blir benyttet til denne pasientgruppen.

Disse erfaringene førte til et ønske om å lære mer om hva smertebehandling hos denne pasientgruppen innebærer.

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse faktorer som innvirker på smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem, med fokus på sykepleieperspektivet. Videre er det relevant å presisere tid og rom for problemstillingen. Avgrensningen i vår oppgave tar utgangspunkt i den langtcommne og alvorlige siden ved demenssykdom. På bakgrunn av introduksjonen og egne erfaringer i praksis har vi formulert følgende problemstilling:

«Hva mener sykepleiere er viktige faktorer som påvirker smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?»

Vi vil først ta for oss relevante begrep og teori. Videre beskrives metode og sammenfattet resultat før vi drøfter funnene våre opp mot teori og faglitteratur. Til slutt beskrives metodediskusjon og konklusjon.

2. Teori

Vi vil først avklare relevante begreper for vår problemstilling. Videre presenteres relevant faglitteratur og retningslinjer. Deretter valgt sykepleierteori og avslutningsvis belyses sykepleierens ansvar i sykehjem.

2.1 Langtkommen demens

Demens er et paraplybegrep på sykdommer som rammer flere av de kognitive funksjonene og er progredierende (WHO, 2023). Demens graderes vanligvis i tre stadier: mild, moderat og langtkommen demens (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412). Langtkommen demens kjennetegnes av at de fleste kognitive funksjonene i stor grad er påvirket, med påfølgende alvorlig påvirkning på funksjonene i dagliglivet. Evnen til å ta hensiktsmessige avgjørelser og logisk tenkning ofte svært redusert hos pasientgruppen (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412). Pasientene har ofte problemer knyttet til å uttrykke seg verbalt gjennom språk, problemene er ofte å finne ord eller forstå kompliserte utsagn (WHO & Alzheimers Disease International, 2012). Dette fører til et behov for kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412).

Helsedirektoratet har utviklet nasjonale retningslinjer for omsorg og behandling til pasienter med demens. I Kapittel 3 understrekes krav til kompetanse, blant annet at helsepersonell skal ha kompetanse om demenssykdom og personsentrert omsorg og behandling. Videre

anbefales det at helsepersonell skal bestrebe seg på å tolke og forstå at utfordrende atferd er et forsøk på å kommunisere behov hos pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2022).

2.2 Palliativ omsorg til pasienten med demens.

Palliativ fase, eller livets slutfase, defineres som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2015, s. 523). God behandling og pleie i livets slutfase er en viktig del av palliativ omsorg (Husebø & Husebø, 2015, ss. 21-22). Palliativ omsorg defineres som en tilnæringsmåte i møte med livstruende sykdom. Tilnæringsmåten baseres på et helhetlig konsept som skal sikre alvorlig syke og døende et best mulig liv med verdighet i livets slutfase. Behandlingen skal verken forlenge eller fremskynde døden. Sentralt er identifisering, kartlegging og behandling av smerte og andre fysiske, psykiske, åndelige og psykososiale behov (WHO, 2020). Tilnæringsmåten innebærer god smerte- og symptomlindring (Grov, 2015, s. 523).

Ifølge Helsedirektoratets anbefalinger om lindrende behandling til personer med demens, skal det tilbys tilpasset palliativ behandling, pleie og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet. (Helsedirektoratet, 2022). I palliativ omsorg ved langtkommen sykdom og svekkelse er det å optimalisere livskvalitet og å samarbeide med helsepersonell i tverrfaglige team viktige fokusområder (Grov, 2015, s. 523).

Den europeiske organisasjonen for palliasjon har utarbeidet anbefalinger for palliasjon til personer med demens (Sandvik, 2018, s. 8). Huurnink & Haugen (2016, ss. 672-689) oppsummerer disse anbefalingene i åtte kjerneområder. Det første kjerneområdet i anbefalingen tar for seg blant annet personsentrert omsorg. En individuell tilnærming, som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, er en viktig faktor for å handle personsentrert. To av kjerneområdene handler om viktigheten av god symptomlindring med vekt på omsorg og livskvalitet, samt å tilstrebe kontinuitet i behandling, pleie og omsorg (Huurnink & Haugen, 2016, ss. 672-689). Kontinuitet i sykepleien er en fordel for pasienten, og for pårørende. Kontinuitet er nødvendig for å sikre kvalitet i behandling, pleie og omsorg over tid. Det virker også betryggende for pårørende å ha kjente ansikt å forholde seg til (Grov, 2015, s. 530).

2.3 Terminal fase

Terminal fase defineres som at pasienten trolig vil dø i løpet av dager eller timer (Slaaen, Røystrand, Gravidahl, & Engebriksen, u.d.). God omsorg, pleie og behandling til den terminale pasient er en viktig del av demensomsorgen. Det beste utfallet ved terminal fase er tilstedeværelse og forberedelse, kompetanse, gode holdninger og ansvar (Husebø & Husebø, 2015, ss. 21-34). Indikasjoner på at døden er nært forestående er blant annet endringer i respirasjon, økende smerter og nedsatt bevissthet. Pasienten mister sine krefter

og blir tiltagende sløvet. Sykepleieren virker kompenserende og skal dekke behovene ikke er i stand til selv. Gjennom stell og pleie kan sykepleieren gjøre observasjoner knyttet til pasientens tilstand (Grov, 2015, s. 529)

Demensforløpet svinger, og det kan være vanskelig å gjenkjenne når pasienten er i terminal fase. I terminal fase vil pasienten i større grad bære preg av svakhet, høy symptombyrde og hjelpeløshet (Grov, 2015, s. 523). Eldre pasienter bruker ofte flere legemidler som kan påvirke smertebehandlingen og øke risikoen for bivirkninger og interaksjoner (Wyller, 2012 s. 113; Spigset, 2018, s.318). Når pasienten forventes å dø i løpet av de neste dagene eller timene er det vanlig å seponere legemidler som forlenger dødsprosessen. Unntaket er de medikamentene som bidrar til lindrende behandling (Husebø & Husebø, 2015, ss. 30-31). I terminal fase er smerte blant de vanskeligste og mest ubehagelige symptomene (Grov, 2015, s. 524). Opptil 75% av pasienter i den døende fasen opplever smerter som krever behandling med opioider (Huurnink & Haugen, 2016, s. 643).

2.4 Smerter og smertekartleggingsverktøy til pasienter med langtkommen demens

Den internasjonale foreningen for smerteforskning definerer smerte som «*En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse*» (IASP, 2023). Smerte er en subjektiv opplevelse som er sammensatt og kompleks. Den består av psykiske, fysiske, åndelige og eksistensielle faktorer. Summen av disse fire faktorene utgjør det man kaller for den totale smerten. Disse påvirker hverandre, og kan være vanskelig å skille (Husebø, 2015, s. 72). Faglitteratur viser som nevnt at hele 60-80% av sykehjemspasienter med demens har smerter. Pasientgruppen får i mindre grad smertelindrende behandling, enn kognitivt friske pasienter med samme smertebilde (Husebø, 2009). I de tre siste dagene av livet, er smerte symptomet som er hyppigst registret i journalen til pasienter med demens (Grov, 2020, s. 548).

2.4.1 Smerter og nonverbalt språk

Når demenssykdommen utvikles, svekkes evnen til språklig kommunikasjon i så stor grad at pasienten ikke lenger klarer å formidle sin smerteopplevelse (Torvik & Bjørø, 2015, s. 397). Med sviktende språkevne blir det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte. Indikatorer på smerte kan være endringer i pasientens ansiktsuttrykk som for eksempel grimaser, rynket panne og lukkede øyne. Andre typiske tegn på smerte kan være forandringer i mental status, gråtetokter, økt forvirring og irritabilitet. I tillegg kan sukking, jamring og grynting kan også være smerteindikatorer. Pasienter som plutselig opptrer aggressivt eller viser unormal atferd kan også være smertepåvirkede.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer som gjelder lindrende behandling til personer med demens, sier at personer som viser atferdsmessige og psykologiske

symptomer (ASPD) eller andre tegn på ubehag, bør vurderes for smerte. Det fremheves at dette er særlig viktig hos personer med langtkommen demens (Helsedirektoratet, 2022). Det er utviklet flere skjemaer som baserer seg på observasjon av atferd, videre er det viktig at sykepleieren som observerer og kartlegger kjenner pasienten godt (Torvik & Bjørø, 2015, s. 398). Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er anbefalt å bruke hos pasienter med langtkommen demens (Galek & Gjertsen, 2011). Doloplus-2 og MOBID-2 er to observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som er oversatt til norsk (Helsedirektoratet, 2022). Et annet aktuelt smertekartleggingsverktøy er Abby Pain Scale, som er utviklet for langtkommen demens, det er derimot ikke oversatt til norsk (Brown, 2011).

2.5 Sykepleieteori

Vi har valgt å inkludere Ida Jean Orlando sin sykepleierteori i vår oppgave.

*«Pasientens uttrykkelige atferd, uansett hvilken form, representerer en bønn om hjelp»
(Orlando, 1995).*

Teorien baseres på fire sykepleierfunksjoner; observering, rapportering, dokumentering og handling. Videre vektlegges sykepleierens observerende rolle, som er svært viktig i møte med pasienter som selv ikke kan ivareta sine egne behov og er avhengige av omgivelsene (Kristoffersen, 2016, s. 26). Observasjon er ifølge Orlando alle inntrykk og informasjon som sykepleier tilegner seg om pasienten gjennom sitt arbeid (Orlando, 1995, s. 25). Hun velger å skille mellom indirekte og direkte observasjoner. Direkte observasjoner forstås som enhver observasjon sykepleieren gjør av pasienten, samt følelser og tanker sykepleieren får på bakgrunn av pasientens atferd på et eller flere tidspunkt. Dette gjelder både nonverbale atferdsuttrykk og verbal atferd. Indirekte observasjoner kommer ikke fra pasienten selv, men hentes eksempelvis fra det annet helsepersonell har dokumentert, fra muntlig eller skriftlig informasjon fra pårørende eller fra informasjon en lege har funnet i undersøkelser.

Informasjonen sykepleieren tilegner seg om pasienten er sentrale for det videre forløpet. Sykepleieren må finne mening i observasjonene som er blitt gjort for å tolke pasientens atferd. Hvordan sykepleieren bruker disse opplysningene avhenger av sykepleierens kunnskap (Orlando, 1995, ss. 49-50).

2.6 Sykepleiers ansvar i sykehjem

2.6.1 Myndighetskrav

Ifølge Helsepersonelloven §4 (2001) skal sykepleieren utøve helsehjelp som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Samtidig er kommunen underlagt Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 (2012), som understreker at kommunen skal tilrettelegge slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Forskning viser at bemanningsproblemer i

sykehjem gir pasienter et dårligere behandlingstilbud. Dette aktualiserer et dilemma om hva som er et faglig og profesjonelt etisk forsvarlig tilbud. Tidspress og underbemanning gjør at sykepleieren daglig må velge om hen skal handle etter sine faglige vurderinger av pasientens behov, eller yte minstekravet for nødvendig pleie og omsorg (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 227). Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både på systemnivå og individnivå.

Sykepleieren har et individuelt ansvar som forplikter til å handle etter myndighetskrav som lover og forskrifter, retningslinjer og anerkjent fagkunnskap (Orvik, 2022, ss. 44-54). Sykepleieren er også pliktig til å vurdere den enkelte pasients behov, basert på den beste tilgjengelige kunnskapen (Kirkevold, 2015, s. 122). Ifølge NSF's yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette forklares også som klinisk kompetanse, som er en sammensetning av kunnskaper, ferdigheter, måten å utføre handlinger på og holdninger hos den enkelte (Orvik, 2022, s. 34).

Sykepleieren har et ansvar for døgnkontinuerlig drift av avdelinger i sykehjem (Orvik, 2022, s. 23). I møte med den enkelte pasient er det helsepersonalet, i denne sammenhengen sykepleieren, som har ansvar for å innfri lover og forskrifter (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Sykepleieren har i tillegg ansvaret for fagutvikling og kvalitetsarbeid. En del av kvalitetsarbeidet er å bidra til kontinuerlig forbedring for å forebygge tilleggslidelse for pasientene. Kontinuitet skal støtte opp under sammenhengen i pasientens liv og gi en uavbrutt sammenheng i behandling og omsorg. Dette innebærer at sykepleieren sammen med andre fagpersoner må sikre kontinuitet i pleien som videre også gir grunnlag for relasjonstrygghet (Orvik, 2022, s. 336).

2.6.2 Sykepleieren i det tverrfaglige teamet

Et godt fungerende tverrfaglig team er en forutsetning for god pleie og behandling (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Et viktig ansvarsområde for sykepleieren er lederskap for pleieteamet. Sykepleieren må arbeide for å få med alle medarbeiderne i en arbeidsform som inspirerer til å gi pasientene et godt faglig tjenestetilbud (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Sykepleierens organisatoriske kompetanse blir viktig når hverdagen i sykehjemmet krever koordinering og samarbeid (Orvik, 2022, s. 19). Den organisatoriske kompetansen handler blant annet om å planlegge og organisere sykepleie, samt samarbeide effektivt med andre aktører i helsetjenesten (Orvik, 2022, s. 33). Ved å samarbeide og utveksle presis informasjon med legen om pasientenes behov, kan sykepleieren bidra til at pasienten får et optimalt behandlingstilbud (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Mangel på presise og konkrete opplysninger kan føre til at sykepleierens vurderinger ikke tas alvorlig eller er vanskelige å handle i tråd med. Sykepleiere har derfor et faglig og moralsk ansvar for å gjøre grundige og presise vurderinger av pasientens tilstand (Kirkevold, 2015, s. 123).

2.6.3 Sykepleierens ansvar for smertekartlegging

Smertekartlegging er en selvstendig sykepleiefunksjon. Sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasienten og har en unik mulighet til å observere og evaluere tiltak (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Sykepleieren har ansvaret for å iverksette sykepleietiltak som innebærer administrering av forordnet legemiddelbehandling, ikke medikamentell behandling, observasjon, rapport og dokumentasjon av virkning og eventuelle bivirkninger (Torvik & Sandvik, 2020, s. 412).

3. Metode

3.1 Beskrivelse av metode

Vår oppgave tar utgangspunkt i litteraturstudium som metode. Vi har fordypet oss i et kunnskapsfelt og analysert resultatene i eksisterende forskning. Ifølge Forsberg & Wengström (2016, s.27) må litteratursøket være systematisk oppsatt, artiklene må kunne knyttes til oppgavens tema, være kvalitetsvurdert og valgt data skal settes inn i en tabell. Før søkeprosessen har vi lest pensumlitteratur knyttet til relevante begreper og teori for å repetere fagkunnskap. Vi satte opp en PICO-tabell for å velge ut aktuelle søkeord. Deretter valgte vi å erstatte C-punktet i tabellen med et sekundært intervensjonspunkt, da det ikke var relevant med sammenlignende faktorer. For å finne aktuell forskning har vi gjennomført systematiske litteratursøk i fire databaser funnet via Helsebiblioteket.

Vi fant åtte artikler som var relevante for vår problemstilling. Vi valgte ut syv kvalitative studier, en kvantitativ studie og en oversiktsartikkel. Ettersom vår oppgave skal vektlegge sykepleierens perspektiv har vi i hovedsak valgt ut artikler med kvalitativ metodetilnærming. Ifølge Thidemann har kvalitativ metodetilnærming hensikt om å innhente kunnskap om menneskelige opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger (Thidemann, 2019, s. 76).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt på bakgrunn av egne kriterier, samt gjeldende retningslinjer for litteraturstudier (Tabell 1). Det var utfordrende å finne 7-10 artikler som inkluderte smertelindring i terminal fase og demens. Vi valgte derfor å inkludere både artikler som omhandler smertelindring ved alvorlig grad av demens og palliativ pleie hos pasienter med demens.

Tabell 1

| Inklusjonskriterier | Ekklusjonskriterier |
|---|---|
| Artikler med årstall: 2010-2023 | Artikler eldre enn 2010 |
| Språk: skandinavisk og engelsk | |
| Kvalitativ- og kvantitative artikler, oversiktsartikler. | Pasientperspektiv |
| Artikler som omhandler alvorlig grad av demens, terminal fase og smertelindring | Ikke fagfellevurdert |
| Studier gjennomført i sykehjem. | Studier gjennomført i og med fokus på sykehus og hjemmebasert omsorg. |

3.3 Søkestrategi

For å finne aktuelle vitenskapelige artiklene som belyser vår problemstilling, ble det gjennomført søk i databaser funnet gjennom Helsebiblioteket. Helsebiblioteket anbefaler CINAHL, Pubmed og MEDLINE på bakgrunn av deres helsefaglige fokus. CINAHL har et særskilt sykepleiefaglig fokus (Helsebiblioteket, u.å.). Vi valgte derfor å bruke disse databasene, samt Svemed+ som inneholder kun artikler fra skandinaviske tidsskrifter.

Den strukturerte søkeprosessen begynte med å identifisere artikler ved hjelp av utarbeidede nøkkelord. I utarbeidelsen av problemstilling og tilhørende norske søkeord, ble PICO-skjema brukt som støtteverktøy (Tabell 2). Skjemaet består av tre spørsmål for å komme frem til det oppgaven leter etter. Ifølge Thidemann (2019, s. 83) er det nyttig for å konkretisere informasjonsbehovet og skape en presis og søkbar problemstilling. For å finne standardiserte, engelske søkeord, ble verktøyet MeSH brukt. Søkeord fra PICO-skjemaet ble kombinert i avanserte søk via de boolske operatørene «OR» og «AND». Ifølge Forsberg & Wengstrøm (2016, s.27) bidrar den boolske operatøren «OR» til et bredere spekter av artikler. Samtidig gjør den boolske operatøren «AND» at søket blir mer spisset mot problemstillingen.

I de strukturerte søkene ble engelske søkeord benyttet. I noen søk ble også søkeordet *challenges* lagt til. Dog opplevde vi å finne relevante artikler som omhandlet sykepleiers erfaringer uten inklusjon av dette søkeordet. For å utvide søkene brukte vi engelske synonymmer til de originale søkeordene. Vi ønsket å basere oppgaven på oppdatert forskning og avgrenset søkene til å være publisert tidligst i 2010.

Tabell 2

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| P (pasient/populasjon) | Sykepleie Demens Sykehjem | Engelske søkeord/ synonymer | Dementia or Alzheimer' disease Nursing homes or long-term care or nursing care |
| I (intervensjon) | Smertelindring, smertebehandling | | Pain management or pain measurement or analgesia |
| I | Terminal pleie, livets slutfase | | Palliative care or terminal care |
| O (outcome/utfall) | God smertelindring Utfordringer | | Pain relief or pain control Challenges or struggles or barriers |

3.4 Søketableller

Tabell 3.1

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|--|----------|-----|----------------|-------------|--------------|-----------------|
| Svemed+ | 13.04.23 | S1 | Demens | | | |
| | | S2 | Smertelindring | | | |
| | | S3 | S1 AND S2 | 2010-2023 | 1 | 1 (A) |
| <p>A. Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>Vård i nordn</i>, 33(3), 29-33. http://dx.doi.org/10.1177/010740831303300307</p> | | | | | | |

Tabell 3.2

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|---------------|----------|-----|---|-------------|--------------|-----------------|
| CINAHL | 13.04.23 | S1 | dementia OR alzheimer's disease OR people with dementia | | 109 769 | |
| | | S2 | nursing care OR nursing homes OR care homes OR long-term care OR residential care OR aged care facility | | 247 252 | |
| | | S3 | terminal care OR palliative care OR end of life care | | 73 740 | |

| | | | | | | |
|---|--|----|--|--------------------------------|---------|-----------------|
| | | S4 | Pain management OR pain relief OR pain control OR analgesia | | 100 906 | |
| | | S5 | challenges OR struggles OR problems OR barriers | | 499 080 | |
| | | S6 | #S1 AND #S2 AND #S3 AND #S4 AND #S5 | 2010-2023, peer reviewed | 16 | 2 (B, C) |
| <p>B. Lundin, E., & Godesken, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC Nursing</i>, 20(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7</p> <p>C. De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> (John Wiley & Sons, Inc.), 26(9–10), 1234–1244. https://doi.org/10.1111/jocn.13442</p> | | | | | | |

Tabell 3.3

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|--|----------|-----|---|--|--------------|-----------------|
| Pubmed | 13.05.23 | S1 | Dementia; Nursing homes; Pain management; pain measurement; palliative care; Terminal Care | Full text, peer reviewed, 2010-2023, Danish, English, Norwegian, Swedish | 13 | 1 (D) |
| <p>D. De Witt Jansen B, Brazil K, Passmore P, Buchanan H, Maxwell D, McIlpatrick S, Morgan SM, Watson M, Parsons C. "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>Int J Geriatric Psychiatry</i>. 2018 Oct;33(10):1346-1354. doi: 10.1002/gps.4931. Epub 2018 Jul 1. PMID: 29961948.</p> | | | | | | |

Tabell 3.4

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|--|----------|-----|--|--------------------------|--------------|-----------------|
| MEDLINE | 14.04.23 | S1 | Dementia or Alzheimer's disease | | | |
| | | S2 | Nursing homes or long-term care or nursing care | | | |
| | | S3 | Palliative care or terminal care | | | |
| | | S4 | Pain management or pain measurement or analgesia | | | |
| | | S5 | #S1 AND #S2 AND #S3 AND #S4 | 2013-2023, peer reviewed | 18 | 1 (E) |
| <p>E. Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21(8), 400–407. https://doi.org/10.1</p> | | | | | | |

Tabell 3.5

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|--|----------|-----|---------------------|---------------|--------------|-----------------|
| Svemed+ | 17.04.23 | S1 | Smerte | | 1924 | |
| | | S2 | Demens | | 1893 | |
| | | S3 | Sykepleie | | 4691 | |
| | | S4 | #S1 AND #S2 AND #S3 | Peer reviewed | 2 | 1 (F) |
| <p>F. Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. <i>Geriatrisk Sykepleie</i>, 5(3), 26-34. http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf</p> | | | | | | |

Tabell 3.6

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Valgte artikler |
|---|----------|-----|--|--|--------------|-----------------|
| Pubmed | 19.04.23 | S1 | Dementia or Alzheimer's disease | | 122 973 | |
| | | S2 | Nursing homes or long-term care or nursing care | | 217 405 | |
| | | S3 | Palliative care or terminal care | | 122 973 | |
| | | S4 | Pain management or pain measurement or analgesia | | 83 779 | |
| | | S5 | #S1 AND #S2 AND #S3 AND #S4 | 2014-2023, peer review, abstract, free full text | 23 | 2 (G,H) |
| <p>G. Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. <i>BMC health services research</i>, 18(1), 709. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x</p> <p>H. Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. <i>Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses</i>, 15(1), 315–323. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005</p> | | | | | | |

3.5 Vurdering/utvelgelse av artikler

Ved utvelgelse av artikler ble abstraktet og overskriftene lest for å vurdere relevansen til vår problemstilling. Videre gransket vi artiklene. Vi valgte å bruke Helsebibliotekets sjekklister for vurdering av artiklene (Helsebiblioteket, u.å.). Artiklene vi valgte hadde kvalitativt- og kvantitativt studiedesign, samt en oversiktsartikkel. Ifølge Dalland (2021, s. 54) belyses meninger og opplevelser i kvalitativ forskning og konkrete tall i forekomster av ulike data i kvantitativ forskning. Overførbarhet til norsk helsetjeneste ble vurdert, før vi til slutt ekskluderte artikler uten relevans til vår problemstilling.

De utvalgte forskningsartiklene tar for seg smertelindring, palliasjon i terminal fase og demens, hvilket er hovedkonsepter i vår problemstilling. Forskingen tar hovedsakelig utgangspunkt sykepleieres erfaringer, men et fåtall inkluderer også legers erfaringer. Majoriteten av artiklene er fra sykepleietidsskrift. Dette er i tråd med Evans (2002), da alle artiklene skal være relevante for tema valgt ved oppstart av søkeprosessen. På den måten sikres et homogent datamateriale.

3.6 Analyse

I arbeidet med analysen valgte vi å bruke Evans analysemodell (Tabell 3.7). Evans analysemodell går gjennom fire faser for analyse og fremstilling av data (Evans, 2002).

Tabell 3.7

| Trinn | Beskrivelse av analyseprosessen |
|----------------|---|
| Trinn 1 | Innsamling av data. Som beskrevet tidligere i oppgaven i Kapittel 3.3 fant vi til sammen åtte artikler som vi deretter brukte Helsebibliotekets sjekklister for de ulike studiedesignene. Med denne sjekklisten vurderte vi at artiklene møter kriteriene for å kunne brukes i vår oppgave. Videre kodet vi artiklene fra A) til H) i kronologisk rekkefølge utfra tidspunkt for funn av artikler. Dette ga oss en god oversikt over artiklene. |
| Trinn 2 | Identifisering av hovedfunn. Her leste vi gjennom artiklene og notere hovedfunnene i hver artikkel av de åtte artiklene i et felles digitalt dokument. Vi skrev deretter ut oversiktdokumentet og brukte markeringstusjer hver for oss for å fargekode aktuelle setninger og beskrivende ord. |
| Trinn 3 | Funn sammenlignes og sorteres i kategorier på tvers av studier. Vi sammenlignet hva vi hadde fargekodet og diskuterte likheter og ulikheter. Vi fant da 3 hovedkategorier for funn med henholdsvis to underkategorier i to av hovedkategoriene som vist i tabell 4.2. Vi telte deretter opp hvor mange artikler som hadde funn innenfor hver kategori. |
| Trinn 4 | Beskrivelse av funn. Fjerde trinn gir en nærmere beskrivelse av funnene som er sammenfattet i steg tre og refererer til originalartikler for kontroll av beskrivelsen. Vi leste derfor gjennom artiklene en gang til for å kontrollere at hovedkategoriene våre var samstemte med funn i artiklene. Syntesen av funnene er videre presentert i kapittel 4. |

4. Resultat

4.1 Artikkelmatrise

I denne litteraturstudien ble åtte forskningsartikler inkludert. Disse blir presentert enkeltvis i en artikkelmatrise (Tabell 4.1). En artikkelmatrise gir en god og fortettet oversikt over hovedelementene i de enkelte artiklene (Thidemann, 2015, s. 95).

Tabell 4.1

| Referanse | Hensikt | Metode | Resultat | Kommentar og relevans for problemstilling |
|--|---|---|--|---|
| <p>A) Lillekroken, D & Slettebø, Å (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer</p> | <p>Utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: Norge.</p> <p>Data: Innhentet gjennom observasjoner av interaksjoner og gruppeintervju. Samtalen ble gjort med semistrukturert intervjuguide. Metoden inkluderer lydopptak. I etterkant ble materialet analysert av en person som var fysisk til stede under intervjuene, slik at erfaringene kunne gjenoppleves og bidra til å se materialet fra en annen side.</p> <p>18 sykepleiere deltok i studien. De arbeidet ved geriatriske avdelinger på to ulike sykehus, samt en skjermet avdeling ved et kommunalt sykehjem.</p> | <p>Pasientenes komorbiditet, polyfarmasi og demensdiagnose påvirker smertelindring. Pasientenes svekket kommunikasjonsevne blir trukket frem som en årsak.</p> <p>Smertekartleggingsverktøy rapporteres som sjeldent eller aldri brukt. Dokumentasjon av smertelindrende tiltak ble ikke fulgt opp.</p> <p>Pasienter som motsetter seg medikamenter fikk ikke nok trygging og forklaring, på grunn av tidspress og tung arbeidsmengde hos sykepleier. Dette resulterte i at smertebehandling uteble.</p> | <p>Studien er relevant for problemstillingen, da den tar for seg sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.</p> <p>Studien peker på tre hovedelementer som utfordrer smertekartlegging og smertelindring, som er relevant å se i lys av andre inkluderte forskningsartikler.</p> |
| <p>B) Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021) End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish Nursing homes</p> | <p>Undersøke erfaringer som sykepleierne erfaringer med smertelindring ved livets slutt hos pasienter med demenssykdom.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: Sverige</p> <p>Data: innhentet fra individuelle intervjuer, med semistrukturerte intervjuguide. Metoden inkluderer lydopptak av samtalen.</p> <p>13 sykepleiere deltok i studien.</p> <p>Deltakerne jobbet ved 12 forskjellige sykehjem. Alle deltakerne var spesialisert innen demensomsorg.</p> | <p>Studien viser at sykepleierne hadde erfaring med utfordringer relatert til kommunikasjon, organisering og relasjoner ved smertelindring hos pasienter med demens i terminal fase.</p> <p>Sykepleierne var usikre i vurdering- og evaluering av smerte hos pasienter med alvorlig demens, på grunn av pasientenes manglende språkevne. Det rapporteres også om vansker med å skille smerte og angst. Forholdet til pasientens pårørende beskrives som positivt og negativt. De kan påvirke vurdering og håndtering av smerte. Dette på grunn av deres evne til å tolke pasientens smerte, men også manglende kunnskap om smertebehandling.</p> <p>Hvis sykepleiere ikke kjenner pasienten fra tidligere, og deres habituelle tilstand, vil dette bli en hindring for å kunne avgjøre om atferd kan skyldes smerte.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, da den tar for seg smertelindring hos pasienter med demens i terminal fase. Den beskriver ulike faktorer som må tas i betraktning for å oppnå tilfredsstillende smertelindring, noe som er aktuelt for vår oppgave. Artikkelen viser til ulike forhold som kan skape utfordringer i smertebehandling. Overførbareheten til Norge ansees som høy, da helsevesenet i Norden har mange felles røtter.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>C) De Witt Jansen, B, et.al (2017) “Nurses’ experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life.”</p> | <p>Hensikten var å utforske sykepleiere sine erfaringer med smertelindring til pasienter med langtkommen demens i terminal fase.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: England</p> <p>Data: innhentet gjennom individuelle intervjuer, med semistrukturert intervjuguide. Metoden inkluderer temaanalyse for å undersøke innhentende data.</p> <p>24 sykepleiere deltok. Deltakerne ble hentet fra ti ulike sykehjem, to akuttsykehus og tre hospice. Alle sykepleierne jobbet med pasienter med demens i terminal fase.</p> | <p>Studien identifiserer tre hovedområder knyttet til utfordringer i forhold til smertelindring.</p> <p>Det rapporteres om mangel på forståelse og kunnskap relatert til administrering av medikamenter. Pasientrelaterte utfordringer med smertelindring rapporteres å kunne være relatert til pasientens atferd eller manglende forståelse for demenssykdom og smerte.</p> <p>Forholdet mellom lege og sykepleier varierte på de ulike arbeidsarenaene. På sykehjem ble det rapportert om både positive og negative erfaringer til samarbeid med lege. Funn i studien beskriver viktigheten av god informasjonsformidling for å styrke tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Behov for oppfriskning av kunnskap rundt grunnleggende teori blir identifisert. Deltakerne fra sykehjem beskriver mangel på læring og praksisutvikling, grunnet tidspress og økonomiske forhold.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den belyser sykepleiers erfaringer knyttet til smertelindring til pasienter med demens i terminal fase. Studien finner flere utfordringer innenfor temaet, knyttet til sykepleier-lege relasjonen, kunnskap og praksisutvikling.</p> |
| <p>D) De Witt Jansen B, et.al. (2018) “A tool doesn’t add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life – a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives”</p> | <p>Målet med studien var å utforske sykepleiere og leger sin bruk av observerende smertekartleggingsverktøy hos pasienter med demens i terminal fase. I tillegg utforske deres perspektiver omkring praksisutvikling og behov for trening.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: England</p> <p>Data: innhentet gjennom intervju, med semistrukturert intervjuguide. Metoden inkluderer lydopptak for å lagre data.</p> <p>47 deltakere med helsefaglig utdanning deltok. Hvorav 24 var sykepleiere og 2 var leger. 10 deltakere var fra sykehjem, 6 fra sykehus og 5 fra fastlegekontor.</p> | <p>Funn i studien viser at smertekartleggingsverktøy i praksis blir lite brukt. Holdningene knyttet til bruken varierte, men flere mente at korrekt og kontinuerlig bruk kunne bidra til best mulig smertelindring.</p> <p>Vanskeligheter med implementering og integrering av smertekartleggingsverktøy rapporteres å være grunnet dårlige holdninger. Funn i studien viser at flere mente at slike verktøy ikke er tilstrekkelige hos pasientgruppen.</p> <p>I denne studien beskrives også behovet for opplæring og trening rundt vurdering av smertesymptomer og behandling.</p> | <p>Artikkelen vurderes som relevant til vår oppgave, da den tar for seg erfaringer knyttet til bruken av smertekartleggingsverktøy. Selv om studien er gjort i England, anses holdninger og utfordringer knyttet til implementering av verktøy som overførbart til Norge.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>E) Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015) Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment.</p> | <p>Hensikten med denne oversiktsartikkelen er å utforske sykepleieres kunnskap, holdninger og erfaring med smertelindring hos pasienter med demens.</p> | <p>Design: Oversiktsartikkel. Land: USA, Canada og Australia.</p> <p>Det ble søkt i følgende syv databaser; CINAHL, MEDLINE, PsycInfo, Wiley, Pubmed, ProQuest og OVID. Det ble utført et systematisk søk etter artikler som omhandlet kartleggingsverktøy, smertevurdering og smertebehandling. Inklusjonskriterier i studien er at deltakerne er autoriserte sykepleiere. Studien stiller krav til at de må ha erfaring med vurdering og håndtering av smerte hos eldre pasienter med demens. Publiserings år 200-2014 var også et krav. 11 forskningartikler ble inkludert. De fleste av artiklene er kvalitative studier.</p> | <p>Oversiktsartikkelen presenterer fem gjengående problemer. Det første er utfordringer ved diagnostisering av smerter hos pasienten med demens. Videre beskrives utilstrekkelige kartleggingsverktøy i forhold til pasientgruppen. Det tredje er for liten tid i forhold til arbeidsmengde, samt ressursmangel. Det fjerde beskrives å være manglende tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Avslutningsvis viser studien at opplæring og undervisning er essensielt for å redusere barrierer som hindrer god smertelindring.</p> | <p>Oversiktsartikkelen er relevant for oppgaven fordi den sammenfatter sykepleieres kunnskap, holdninger og erfaring med smertelindring hos pasienter med demens. Forskningsartiklene som er inkludert styrker funnene ved de andre inkluderte artiklene i oppgaven, og anses dermed som relevant.</p> |
| <p>F) Jensen, G. M., et.al. (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens.</p> | <p>Studiens mål er å identifisere utfordringer for smertevurdering og kartlegging hos personer med langtkommen demens.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: Norge.</p> <p>Data: innhentet gjennom individuelle intervju med semistrukturert intervjuguide. Metoden inkluderer lydopptak, som senere ble transkribert.</p> <p>5 sykepleiere som deltakere. Et krav til deltakerne var at de hadde lang erfaring fra å jobbe med pasienter med demens. De ble hentet fra sykehjem i fire ulike kommuner i Norge.</p> | <p>Studien fant at vurdering og oppdagelse av smerter hos personer med langtkommen demens har usikkerhetslementer som fører til underbehandling.</p> <p>Dette rapporteres å være knyttet til vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk og atferd, på grunn av manglende faglige basiskunnskaper. Det trekkes også frem at manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom er en årsak.</p> <p>Tverrfaglig samarbeid beskrives som en viktig del av smertelindring. Studien viser at manglende samarbeid innad i pleiegruppen er en årsak til utilstrekkelig smertelindring.</p> | <p>Studien er relevant for oppgaven fordi den belyser sykepleieres behov for økt kunnskap innen demensomsorg for å styrke kvaliteten på smertebehandling hos pasienter med langtkommen demens.</p> |
| <p>G) Midtbust, M. H., et.al. (2018) Perceived barriers and facilitator in providing palliative care for people with severe dementia: The health care professionals experiences.</p> | <p>Studien undersøkte hvordan helsepersonell opplever å gi palliativ pleie med fokus på smertelindring til pasienter med langtkommen demens.</p> | <p>Design: Kvalitativ studie. Land: Norge.</p> <p>Data: primært innhentet gjennom fire fokusgruppe intervjuer. Disse ble supplert med informasjon fra 20 individuelle intervjuer fra en tidligere studie gjort av de samme forfatterne. I den studien ble samme deltakere intervjuet om erfaringer rundt palliativ pleie til pasienter med langtkommen demens i sykehjem.</p> <p>16 deltok i fokusgruppene. Av disse var det både sykepleiere og helsefagarbeidere.</p> | <p>Studien viser til et hovedfunn som beskriver manglende kontinuitet som en utfordring til god palliativ pleie hos pasienter med langtkommen demens.</p> <p>Kontinuiteten utfordres videre av mangel på ressurser. Sykepleierne beskriver at det skaper tidspress, og videre et dilemma hvor de må prioritere pasienter.</p> <p>Sykepleierne ved de skjermede avdelingene beskriver at forflytning av pasienter på sitt mest sårbare fører til at de mister tilgang til helsepersonell som kjenner deres atferd og historie.</p> | <p>Studien er relevant fordi den belyser utfordringer sykepleierne møter i palliativ pleie på sykehjem. Studien tar ikke direkte for seg smertelindring, men inkluderes da den underbygger funn i andre inkluderte studier.</p> <p>Studien spesifiserer ikke hvilken andel av deltakerne som var sykepleiere. Den anses som relevant da helsefagarbeider også har et pasientnært fokus med viktige observasjoner.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Data hentet fra den tidligere studien inkluderer 20 deltakere. Hvorav 13 sykepleiere og syv helsefagarbeidere. Alle deltakerne ble hentet fra sykehjem, og jobbet med pasienter med demens. Tre deltakere jobbet ved skjermede avdelinger demensavdelinger. | | |
| H) Brorson, H. et.al. (2014) Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. | Utforske sykepleieres erfaringer med smertelindrende behandling til pasienter med langtkommen demens i terminal fase. | Design: Kvalitativ studie. Land: Sverige. Data: innhentet gjennom individuelle intervju med semistrukturert intervjuguide. Metoden inkluderer lydopptak. Alle deltakerne fikk spørsmålset; «Hvordan lindrer du smerte til en pasient med langtkommen demens i livets slutfase?» Studien ble utført på en avdeling ved et svensk sykehus som spesialiserte seg på nevropsykiatriske lidelser, eksempelvis demens i dette studiet. Syv sykepleiere deltok. Et krav var at sykepleierne hadde erfaring fra smertelindring til pasienter i terminal fase med demens. | Sykepleierne rapporterer utfordringer i smertelindring, eksempelvis følelsen av avmakt grunnet manglende tverrfaglig samarbeid. Videre beskrives at relasjonsbygging med pasienten er utfordrende, men at pårørende kunne være en ressurs. Faktorer som kunnskap om pasienten, bruk av smertekartleggingsverktøy, erfaring, tverrfaglig samarbeid og mellommenneskelige forhold var ressurser som gjorde smertelindring ved livets slutt bedre. Funn i studien viser at pasienter med demens er avhengige av omsorgspersoner, grunnet manglende evne til å kommunisere verbalt. Kjennskap til pasientens livshistorie, erfaring innen demensomsorg og god kommunikasjon i team beskrives som grunnlag for bedre smertelindring. | Studien belyser sykepleieres opplevelse av ressurser og utfordringer i møte med terminale pasienter med demens. Studien tar for seg sykepleiere på sykehus, men anses som relevant til oppgaven da funnene er overførbare til sykehjem. |

Inkluderte artikler:

- A)** Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i norden*, 33(3), 29-33. <http://dx.doi.org/10.1177/010740831303300307>
- B)** Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- C)** De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>
- D)** De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi.org/10.1002/gps.4931>
- E)** Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International journal of palliative nursing*, 21(8), 400–407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- F)** Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34. http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- G)** Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC health services research*, 18(1), 709. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>
- H)** Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

4.2 Sammenfattet resultat av forskningen

I dette kapitlet presenteres våre tematiserte hovedfunn (Tabell 4.2). Hovedfunnene belyser hvordan sykepleierens kliniske kompetanse, organisatoriske forhold og tverrfaglig samarbeid påvirker smertelindring hos pasienter med langtkommen demens i terminal fase. Under hver hovedkategori presenteres beskrivende underkategorier. I presentasjonen av resultatene refereres artiklene etter bokstavkode for å skape en tydelig oversikt over de sammenfattede funnene.

Tabell. 4.2

| Hovedkategorier | Prevalens | Artikkel |
|--|-----------|----------------------------|
| Sykepleierens kliniske kompetanse Underkategorier: <ul style="list-style-type: none">- Fagkunnskap- Bruken av kartleggingsverktøy- Personsentrert omsorg | 7 av 8 | B), C), D), E), F), G), H) |
| Tverrfaglig samarbeid | 5 av 8 | C), E), F), G), H) |
| Organisatoriske forhold Underkategorier: <ul style="list-style-type: none">- Tid og ressurser- Implementering av kartleggingsverktøy | 6 av 8 | A), B), C), D), E), G) |

4.2.1 Sykepleierens kliniske kompetanse

4.2.1.1 Fagkunnskap

Det var generell konsensus i flere av studiene (B, C, D, E, F, H) om at god fagkunnskap er essensielt for god smertebehandling (Lundin & Godesken, 2021; Midtbust et al., 2018; De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlpatrick, 2015; Jenssen et al, 2013; Brorson et al., 2014). I Artikkelen (F) beskriver sykepleierne at generell kunnskap om sykdommer, medisiner, demens og sykdomsutvikling var en forutsetning for å forstå pasientenes signaler og diagnostisere smerte (Jenssen et al., 2013). Dette understrekes i artikkelen (G), hvor en deltaker i studien fortalte at «Nøkkelen til god palliativ omsorg er kunnskap og gode observasjoner» (Midtbust et al., 2018). Artikkelen (F) viser at sykepleieres erfaringer med smertebehandling peker mot underbehandling, hvor vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk så ut til å være en årsak (Jenssen et al., 2013). Vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk beskrives også i artikkelen (E). I studien opplevde sykepleierne at det var spesielt vanskelig å skille mellom angst og smerte (Burns & McIlpatrick, 2015).

En annen faktor knyttet til kunnskap som belyses i artikkelen (B) er hvordan sykepleierens kunnskap om administrering påvirker hvor godt pasienten smertelindres (Lundin &

Godesken, 2021). Dette underbygges også i Artikkel (E) hvor det viser seg at manglende kunnskap om effekten av legemidler er en sentral barriere i smertelindringen. Sykepleierne i studien beskriver at de blant annet frykter for overmedisinering og alvorlige bivirkninger (Burns & McIlfatrick, 2015).

4.2.1.2 Bruken av kartleggingsverktøy

I artiklene (A, D, F, H) kommer det frem at smertekartleggingsverktøy ikke ble benyttet i praksis, eller at de ble svært lite brukt (Lillekroken & Slettebø, 2013; De Witt Jansen et al., 2018; Jenssen et al., 2013; Brorson et al., 2014). I to artikler (A, F) beskriver sykepleierne at ingen bruker smertekartleggingsverktøy (Lillekroken & Slettebø, 2013; Jenssen et al., 2013). I Artikkel (D) viser det seg at kun 27% av sykepleierne i studien benytter smertekartleggingsverktøy i sin arbeidshverdag. Videre finner studien at Abbey Pain Scale var mest benyttet bandt de som faktisk brukte smertekartleggingsverktøy (De Witt Jansen et al., 2018). En faktor som beskrives som årsaken for manglende bruk i artikkel (D) og (E), er at sykepleierne mente at eksisterende kartleggingsverktøy ikke var tilstrekkelig utviklet for bruk hos pasienter med langtkommen demens. (De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlfatrick, 2015).

4.2.1.3 Personsentrert omsorg

Sykepleiers relasjon til pasienten blir beskrevet som viktig for å oppdage smerte i flere av artiklene (E, G, H) (Burns & McIlfatrick, 2015; Midtbust et al., 2018; Brorson et al., 2014). Artikkel (G) beskriver hvordan sykepleierens relasjon til pasienten kan være avgjørende for smertelindring. Det trekkes fram hvordan pasientene er spesielt sårbare ved overflytninger, at det er paradoksalt at pasientene blir flyttet på sitt svakeste, når de har størst behov for personell som forstår deres individuelle uttrykk (Midtbust et al., 2018). Videre påpeker sykepleierne i artikkel (H) og (E) at pasientens livshistorie er en nyttig ressurs. I artikkel (H) belyser at sykepleierne opplevde det som en fordel å kjenne til pasientens livshistorie. Sykepleierne mente dette gjorde det enklere å forstå pasientens signaler i atferd og forståelsen hjalp i vurderingen av smerte (Brorson et al., 2014). Sykepleierne i artikkel (E) konstaterer at nøkkelen til god smertevurdering og behandling hos pasienter med langtkommen demens er sykepleierens kunnskap om og observasjon av pasientens vaner og atferdsmønster (Burns & McIlfatrick, 2015).

Felles for artiklene (B, E, F, H) er at pårørende anses som en ressurs ved smertelindring hos pasienter med demens (Lundin & Godesken, 2021; Burns & McIlfatrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Brorson et al., 2014). Artikkel (H) fant at pårørende er en ressurs i å lære pasientens livshistorie og at de kunne hjelpe med å tolke pasientens signaler (Brorson et al., 2014). I tre av artiklene (B, E, F) beskriver sykepleierne at pårørende noen ganger hadde en bedre forståelse pasientens uttrykk. Sykepleierne i studiene mente også at pårørende ofte var

klare på om pasienten hadde smerter eller ikke (Lundin & Godesken, 2021; Burns & McIlfratrick, 2015; Jenssen et al., 2013).

4.2.2 Tverrfaglig samarbeid

Fem artikler (C, E, F, G, H) trekker frem tverrfaglig samarbeid som en innvirkende faktor på smertelindring (De Witt Jansen et al., 2017; Burns & McIlfratrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Midtbust et al., 2018; Brorson et al., 2014). Sykepleierne i artikkel (F) mente dårlig kommunikasjon i pleiegruppen kunne føre til manglende rapportering. Mangelen i rapportering kunne videre føre til uenighet rundt pasientens behov for smertelindring (Jenssen et al., 2013). Sykepleierne i artikkel (C) opplevde at de hadde en stor del av ansvaret for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne så videreformidling av korrekt og detaljert informasjon som svært viktig for at legene skulle kunne gjøre gode vurderinger (De Witt Jansen et al., 2017). I artikkel (F) ble det også beskrevet som essensielt at sykepleier og lege hadde en effektiv kommunikasjon (Jenssen et al., 2013).

Artiklene (C, E, F, H) belyser at legene tidvis hadde lite tillitt til sykepleiernes vurderinger, noe som førte til utilstrekkelig smertelindring (De Witt Jansen et al., 2017; Burns & McIlfratrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Brorson et al., 2014). I artikkel (F) belyses det at samarbeidsproblemer med tilsynslegen kunne føre til mangelfull behandling. Videre opplevde sykepleierne i studien at legene ofte oppfattet uro og angst hos pasientene som en del av demensdiagnosen, mens sykepleierne opplevde pasientene som smertepåvirkede (Jenssen et al., 2013).

4.2.3 Organisatoriske forhold

4.2.3.1 Tid og ressurser

Artiklene (A, B, E, G) belyser at organisatoriske forhold som tidspress, underbemanning og stor arbeidsbelastning er barrierer for god smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundin & Godesken, 2021; Burns & McIlfratrick, 2015; Midtbust et al., 2018). Artikkel (G) viser til at økt krav til effektivitet i helsetjenesten hadde påvirkning på pleien hos de svakeste pasientene (Midtbust et al., 2018). Sykepleierne i artikkel (E) opplevde at tidspress og tung arbeidsbelastning førte til at de ikke fikk tilstrekkelig observert og evaluert pasientenes smerte (Burns & McIlfratrick, 2015). Dette kommer også frem i artikkel (A), hvor sykepleierne først påpekte at det var viktig med god tid til hver pasient (Lillekroken & Slettebø, 2013). Mangelen på tid understrekes også av artikkel (G) hvor sykepleierne beskrev at urolige pasienter ikke fikk den nærheten de trengte, i mangel på ressurser (Midtbust et al., 2018).

Artikkel (G) beskriver at midlertidig ansatte og vikarer truer kontinuiteten og kunnskapen tilgjengelig på avdelingen (Midtbust et.al., 2018). Dette underbygges av artikkel (F), hvor sykepleierne mente at mangel på fagfolk og høy andel av «turnover» påvirket kvaliteten på pleien (Jenssen et.al., 2013). Samtidig belyser artikkel (G) at sykepleierne erfarte at pasienter som var terminale ble prioritert ved at det ble leid inn ekstra ressurser (Midtbust et al., 2018). Videre belyses det i artikkel (B) at ansatte som var ved avdelingen over en kortere tidsperiode ikke kjente pasientens habituelle tilstand. Dette økte risikoen for å overse smertesyntomer (Lundin & Godesken, 2021). De negative konsekvensene som følger av personalbytte ble også beskrevet i artikkel (G) som beskrev at overflytninger hadde konsekvenser for smertelindringen (Midtbust et.al., 2018).

4.2.3.2 Implementering av kartleggingsverktøy

Fem studier (A, C, D, E, H) beskriver implementering av smertekartleggingsverktøy. (Lillekroken & Slettebø, 2013; De Witt Jansen et al., 2017; De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlpatrick, 2015; Brorson et al., 2014). Ifølge deltakerne i artikkel (E) er pasienter med langtkommen demens avhengige av at sykepleieren benytter seg av standardiserte smertekartleggingsverktøy og observerer atferd (Burns & McIlpatrick, 2015). Artikkel (A) viser til at implementering av felles prosedyrer for vurdering og tiltak tilknyttet smerte, kan bidra til kontinuerlig bruk, og dermed tilstrekkelig smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette underbygges av sykepleierne i artikkel (D) som mente at det kreves kontinuerlig trening og praksisutvikling for å kunne oppnå god smertelindring (De Witt Jansen et al., 2018). Samtidig viser det seg i artikkel (C) at kursing og praksisutvikling blir nedprioritert av ledelsen på grunn av økonomiske barrierer (De Witt Jansen et.al., 2017). En annen barriere i implementering og integrering av verktøyene kan ifølge artikkel (D) være sykepleierens oppfatning av at effekten av slik kartlegging er begrenset (De Witt Jansen et al., 2018). Dette bekreftes av artikkel (H), hvor sykepleierne mente at evnen til å observere smerte heller kom gjennom erfaring og kunnskap (Brorson et al., 2014).

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere funnene opp mot problemstillingen; «Hva mener sykepleiere er viktige faktorer som påvirker smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?». Aktuell teori fra Kapittel 2 og faglitteratur vil bli benyttet i diskusjonen. Først drøftes hvordan sykepleierens kunnskap påvirker smertelindring. Videre diskuteres bruken av smertekartleggingsverktøy. Deretter diskuteres betydningen av sykepleierens relasjon til pasienten. Videre diskuteres hvilke organisatoriske forhold som påvirker smertelindring. Til slutt diskuteres styrker og svakheter med selve litteraturstudien og konklusjon av diskusjonen.

5.1 Sykepleierens fagkunnskap

«Det man ikke vet, har man nettopp bruk for, og det man vet, kan man ikke bruke»

- Johan Wolfgang von Goethe.

Selv den erfarne sykepleieren opplever usikkerhet om kunnskapen sykepleieren har er gjeldende for den enkelte pasient. Vår inkluderte forskning viser at god fagkunnskap er essensielt for god smertelindring. Eksempelvis beskriver Burns & McIlfratrick (2015) at sykepleierne frykter for overmedisinering og bivirkninger, som følge av manglende kunnskap. Kunnskap om administrering av legemidler er en viktig faktor for å oppnå god smertelindring (Lundin & Godesken, 2021). Usikkerhet rundt behandling er ofte større når det gjelder den eldre pasienten, på grunn av de naturlige aldersforandringene og eventuelle kroniske sykdommer som påvirker behandlingsprosessen. Samtidig bruker gamle flere legemidler som kan påvirke smertebehandlingen (Wyller, 2012, s. 113). Usikkerheten kan en si er faglig begrunnet, da vi vet at høyt legemiddelbruk hos eldre kan føre til økt risiko for bivirkninger og interaksjoner (Spigset, 2018, s. 318).

Ifølge Orlandos sykepleieteori kan ikke en sykepleier vite alt i enhver situasjon og at hun må vite hvor hun kan tilegne seg kunnskap (Orlando, 1995, ss. 21-22). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer som understreker at sykepleiere må erkjenne grenser for egen kompetanse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Orlando påpeker også at en sykepleier som tilegner seg gode kunnskaper er en større ressurs og har mulighet til å hjelpe sine pasienter (Orlando, 1995, ss. 21-22). Smerteforskning er en kilde til kunnskap og kan gi sykepleieren forståelse for fenomenet. For å kunne jobbe kunnskapsbasert må sykepleieren ta i bruk denne kunnskapen (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017, s. 382). Dette underbygges i NSFs yrkesetiske retningslinjer som sier at "Sykepleie skal bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap" (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Det kreves altså et bredt kunnskapsgrunnlag for å kartlegge smerte på en hensiktsmessig måte. Sykepleierne i studien til Jensen et al. (2013) beskriver at kunnskap om demens og utvikling av sykdommen var en forutsetning for å forstå pasientens signaler, og dermed diagnostisere smerte. Dette understrekes i Midtbust et al. (2018), hvor en deltaker i studien forklarer at «Nøkkelen til god palliativ omsorg er kunnskap og gode observasjoner». Dette samsvarer med Helsedirektoratets retningslinjer for demens, hvor det påpekes at helsepersonell skal ha kompetanse om demenssykdom, personsentrert omsorg og behandling. Det forklares også at helsepersonell skal bestrebe seg på å tolke og forstå atferd hos personer med demens som et forsøk på å kommunisere behov (Helsedirektoratet, 2022). Dette samsvarer med Orlando som sier «Pasientens uttrykkelige atferd, uansett hvilken form, representerer en bønn om hjelp». Smertekartlegging med geriatrikisk fokus er bredt. Det omfatter informasjon om smerten, dens årsak og om hvordan smerte virker inn

på pasientens fysiske, psykososiale og kognitive funksjon. Selve smertekartleggingen er også en selvstendig sykepleierfunksjon (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401).

Diagnostisering eller kartlegging av smerte hos pasientgruppen er utfordrende på grunn av den svekkede evnen til språklig kommunikasjon (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Dette kommer frem i studien til Jenssen et al. (2013) hvor sykepleierne mener vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk kan være årsaken til at smerten hos pasientgruppen er underbehandlet. Sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte har ikke et enkelt symptom eller helseproblem, men et komplekst lidelsesbilde. Dette komplekse lidelsesbilde kan gjøre det utfordrende å skille mellom symptomer (Rostad et al., 2020). Dette kommer også frem i Burns & McIlpatrick et al. (2015) sin studie hvor sykepleierne opplevde at det var spesielt vanskelig å skille mellom angst og smerte. Til slutt blir den avvikende atferden som skyldes redusert språkevne selve indikatoren på smerte og observasjon erstatter den verbale selvrapporingen. Sykepleieren må altså samle informasjon om pasientens smertetilstand gjennom indirekte observasjoner basert på pasientens atferd, hvilket er i tråd med Orlandos sykepleierteori (Orlando, 1995, s. 42).

5.2 Er smertekartleggingsverktøyene tilstrekkelige i bruk?

Helsedirektoratet beskriver at smertevurdering, som en del av palliativ omsorg, bør gjennomføres med bruk av smertekartleggingsverktøy hos pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2022). Til tross for Helsedirektoratets anbefalinger, fant vi varierende bruk av smertekartleggingsverktøy i de utvalgte forskningsartiklene. Forskningen viser at sykepleierne ikke bruker smertekartleggingsverktøy i sin hverdag, eller at det ble svært lite brukt. Ingen av sykepleierne intervjuet i den norske studien til Jenssen et al. (2013) benyttet, eller kjente til om smertekartleggingsverktøy ble benyttet.

Imidlertid viste studien til Witt Jansen et al. (2018) at kartleggingsverktøyet Abby Pain Scale ble brukt av noen sykepleiere. Dette kartleggingsverktøyet er utviklet for personer med langtkommen demens og kan dermed være hensiktsmessig (Brown, 2011). Derimot er ikke kartleggingsverktøyet oversatt til norsk ennå. Det er imidlertid delte meninger om hvorvidt de fleste kartleggingsverktøy er tilstrekkelige for pasienter med langtkommen demens i de utvalgte studiene. Dette uttrykkes av sykepleierne i en av studiene, de mente at smertekartleggingsverktøy ikke gjorde en forskjell i behandlingen, og begrunnet dette med at kartleggingsverktøyene ikke var tilstrekkelig utviklet for pasientgruppen (De Witt Jansen et al., 2018). Dette kan sees som faglig begrunnet, da vi vet at gamle pasienter er ofte utelukket fra vitenskapelige undersøkelser som slike verktøy baserer seg på (Wyller, 2012, s. 113).

5.3 Sykepleierens relasjon til pasienten

En sykepleier i Brorson et al. (2014) sier:

«Knowing the patient is so important, it makes it a lot easier to understand and interpret their signals».

Forskningen er klar på at sykepleierne mente det var lettere å oppfatte smertesignaler hos pasientene når de kjente dem godt. Burns & McIlpatrick (2015) konstaterer i sin studie at nøkkelen til god smertevurdering og behandling hos pasienter med langtkommen demens, er sykepleiers kunnskap om og observasjon av pasientens vaner og atferdsmønstre. Dette underbygges av Torvik & Bjørø (2015, s. 398) som sier at sykepleieren må kjenne pasienten godt ved observasjon og tolkning av smerte. En handler da også i samsvar med personsentrert omsorg. Kjennskap til pasienten beskrives som et hovedelement i behandling og omsorg i palliativ fase for personer med demens. Tidlig kartlegging av pasientens nettverk, interesser, håp og bekymringer er også en viktig del av demensomsorgen og palliasjon (Huurnink & Haugen, 2016, ss. 676-688). Pasientens livshistorie er en viktig og nyttig ressurs for sykepleieren. Dette påpekes av sykepleierne i studien til Brorson et al. (2014) som opplevde at pasientens livshistorie er et hjelpemiddel for å forstå pasientens signaler i atferd og vurdering av smerte. Dette underbygges også Grov (2015, s.530) som sier at oppfølging av pasienten ut fra kunnskap om dens livshistorie er en overordnet tilnærming i møte med gamle i livets slutfase.

Forskningsartiklene viste at pårørende kan være en ressurs for å lære pasientens livshistorie og en kilde til verdifull informasjon om pasientens tilstand. Brorson et al. (2014) fant at sykepleierne fikk nyttig informasjon om pasientens livshistorie av pårørende. Sykepleierne forklarer dette med at pasientens pårørende ofte er kjent med pasientens tidligere væremåte, og kan bidra med tolkning av atferd. Dette kommer også frem i studien til Burns & McIlpatrick (2015) hvor sykepleierne påpeker at pårørendes tilstedeværelse og informasjon kan hjelpe med å fange opp smertesignaler. Sykepleierne i Lundin & Godesken (2021) og Jenssen et al. (2013) sine studier viste til at pårørende ofte var klare på om pasientene hadde smerte eller ikke. Orlando (1995) påpeker også at all informasjon om pasientens situasjon alltid skal brukes til vedkommendes fordel. Å iverksette en systematisk innhenting av informasjon om pasientens væremåte kan altså være en måte for å tilrettelegge for god palliativ omsorg, som videre bidrar til god smertelindring.

5.3.1 Sykepleiers relasjon til pasienten påvirkes av kontinuitet.

En faktor som påvirker sykepleierens kjennskap til pasienten, er kontinuitet. Å tilstrebe kontinuitet i behandling, pleie og omsorg beskrives som et kjerneområde i palliativ omsorg og styrker kvaliteten i sykepleietjenesten (Huurnink & Haugen, 2016, ss. 672-689). Kontinuitet i pasientens omgivelser viser seg å være en viktig faktor i våre funn. Midtbust

et.al (2018) beskriver at sykepleierne opplever at pasienter som er i terminal fase ofte overflyttes til andre avdelinger. Sykepleierne beskriver overflytningene som paradoksale, da de blir flyttet på et tidspunkt hvor de har størst behov for sykepleiere som kjenner deres individuelle uttrykk og atferd (Midtbust et al., 2018). Dette beskriver hvordan sykepleierens relasjon til pasienten kan være avgjørende for smertelindring. I faglitteraturen foreligger det god dokumentasjon på at forflytninger og endringer i personalgrupper kan føre til økt forvirring hos pasienter med demens. Det understrekes også at det for døende pasienter er viktig med rolige og kjente omgivelser hvor individuelle behov blir tatt hensyn til (Huurnink & Haugen, 2016, ss. 672-689). Kontinuitet forutsetter i utgangspunktet et begrenset antall fagpersoner for å kunne skape et grunnlag for relasjonstrygghet (Orvik, 2022, s. 336). Dette demonstrerer viktigheten av kontinuitet i pleiegruppen rundt pasienten for å tilrettelegge for tilstrekkelig smertelindring.

5.4 Tverrfaglig samarbeid

Et godt fungerende tverrfaglig team er avgjørende for god smertehåndtering, og dette stiller krav til sykepleierens organisatoriske kompetanse (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). De Witt Jansen et al. (2017) understreker i sin studie at sykepleierne står med en stor del av ansvaret for et godt tverrfaglig samarbeid. Dette samsvarer med NSF's yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleieren skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne på sykehjem har også et overordnet sykepleiefaglig ansvar i kraft av å ha den høyeste kompetansen i pleiegruppen (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). I studien til Jenssen et al. (2013) påpeker sykepleierne at dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppen vil kunne føre til manglende rapportering og uenighet rundt pasientens behov for smertelindring (Jenssen et al, 2013).

Det beskrives som essensielt at sykepleier og lege har god kommunikasjon i flere av de utvalgte studiene. På en side fant Brorson et al. (2014) at det var en fordel at legene hørte på og stolte på sykepleierens vurdering av smerte. Videre førte dette til bedre smertelindring. På en annen side beskriver sykepleierne i Jenssen et al. (2013) sin studie at samarbeidsproblemer med legen kan føre til mangelfull behandling av smerter, og sykepleierne opplevde at de ikke fikk aksept for sine vurderinger. Studien fant også at legene ofte kunne oppfatte angst og uro som en del av demensdiagnosen, mens sykepleierne opplevde pasienten som smertepåvirket. Riktignok spiller sykepleieren en viktig rolle i vurderingen av pasientens smertebehandling, men det er til slutt et legeansvar å avgjøre hva som er det best mulige behandlingsnivået for enhver pasient (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 273).

Sykepleieren kan gjennom systematisk oppfølging og rapportering av effekt og eventuelle bivirkninger, være en pådriver for god smertelindring (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 273). Vi

anser presis og nøyaktig videreformidling av observasjoner som nødvendig for å skape et godt tverrfaglig samarbeid som sikrer tilstrekkelig smertebehandling. Sykepleieren har et ansvar for at legen får detaljert informasjon om pasienten, slik at pasienten får riktig behandling (De Witt Jansen et al., 2017). Mye av informasjonen som skal formidles innhentes gjennom observasjoner annet helsepersonell har gjort eller informasjon en lege har funnet i undersøkelser (Orlando, 1995, s. 49) Alle disse eksemplene omhandler pasienten, men kilden for informasjon er andre enn pasienten selv. Dette viser omfanget av observasjoner og informasjon som må vurderes og videreformidles av sykepleieren.

5.5 Organisatoriske forhold

Virksomheten er etter Helsepersonelloven § 16 lovpålagt å organisere seg slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lovdata, 2001). Ifølge Statistisk Sentralbyrå vil behovet for årsverk frem mot 2035 kunne øke med i underkant av 70.000 årsverk i den kommunale helse- og omsorgssektoren (Statistisk Sentralbyrå, 2019). At kravene til effektivitet i helsetjenesten i Norge øker, samtidig som mangelen på helsepersonell øker er ingen hemmelighet. Ifølge Brotkorb & Ranhoff (2015, s.217) er underbemanning og tidspress noe som går ut over kvaliteten på de kommunale helsetjenestene. Tidspress og tung arbeidsbelastning fører til manglende observasjon av pasientene, og at pasienter ikke får den nærheten som noen ganger er nødvendig (Burns & McIlpatrick, 2015; Midtbust et al., 2018).

I Norge etterstreber sykepleietjenesten kontinuitet i pleie og omsorg, da det er nødvendig for å sikre kvaliteten i behandling og pleie over tid (Gro, 2020, s. 548). Jenssen et al. (2013) finner at bruken av vikarer og midlertidige ansatte truer denne kontinuiteten. Ifølge Senter for omsorgsforskning har det skjedd en dobling i budsjettet for vikarbruk fra 2012 til 2019 (Gransjøen & Skogstad, 2021). Vi har allerede etablert at sykepleierens relasjon til pasienten er avgjørende for å tolke pasientens uttrykk og vurdere smerte. Videre utfordres muligheten til å etablere en god relasjon av fragmenterte tjenester. Dette på grunn av mange pleiere i deltidstillinger og utskiftning i personalet (Kirkevold, 2015, s. 103). Dette underbygges av Jensen et al. (2013) som fant at mangel på fagfolk og høy andel turnover hadde negative konsekvenser for smertebehandlingen.

Samtidig erfarer sykepleierne ifølge Midtbust et al. (2018) at underbemanning fører til lite tid til den enkelte pasient, hvorav sengeliggende pasienter med demens blir underprioritert (Midtbust et al., 2018). Forskning har vist at underbemanning er en av hovedårsakene for utilstrekkelig pleie i sykehjem (Orvik, 2022, s. 337). Dette bekreftes av Lundin & Godesken, (2021) som beskriver at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig tid med den terminale pasienten som følge av den høye arbeidsmengden. De Witt Jansen et al. (2017) finner også at underbemanning økte risikoen for at pasienter med langtkommen demens døde alene

med smerter. Likevel beskriver Midbust et al. (2018) at sykepleiernes erfaring var at det ble leid inn ekstra personale når pasienter var terminale. En av årsakene som blir oppgitt for vikarbruk er nettopp fastvakt til døende, ifølge Senter for omsorgsforskning (Gransjøen & Skogstad, 2021). Vår kliniske erfaring er at innleid personell gjerne blir satt som "fastvakt". Dermot påpeker Lundin & Godesken (2021) at ansatte som er på avdelingen over en kortere tidsperiode ikke kjenner pasientens habituelle tilstand, noe som kan øke risikoen for å overse smertesymptomer. Midbust et al. (2018) understreker i sin studie at midlertidige ansatte truer kontinuiteten og kunnskapen tilgjengelig på avdelingen. Dette strider mot våre funn, med tanke på hvor viktig relasjonen til pasienten er. Vi tror at innleid personell ikke har like god relasjon til pasienten, og at dette kan føre til at smertesignaler ikke blir oppfattet.

Som nevnt viser det seg at smertekartleggingsverktøy blir lite eller ikke benyttet av sykepleierne. Lillekroken & Slettebø (2013) finner i sin studie at implementering av fellers rutiner for vurdering og tiltak knyttet til smerte kan bidra til kontinuerlig bruk. Forskingen sett under ett er tydelig på at smertekartleggingsverktøy har stor betydning for smertelindringen hos pasienter med langtkommen demens. Dette samsvarer med Nygaard (2012, s. 273) som sier at systematisk bruk av smertekartleggingsverktøy er anbefalt, men lite benyttet. Dette til tross for at det vil innebære en tydelig kvalitetsforbedring av omsorgen (Nygaard, 2012, s. 273). En av grunnene til dette kan nettopp være faktorer som ressursmangel, tidspress og høy arbeidsbelastning. I faglitteraturen understrekes det at mangel på kontinuitet og mangel på opplæring og utdanning av personell kan være barrierer for god smertehåndtering (Torvik & Sandvik, 2020, ss. 400-401). På en side kan løsningen være implementering av felles prosedyrer for bruk av kartleggingsverktøy, samt opplæring av personalet for å sikre kontinuitet. Lillekroken & Slettebø (2013) påpeker at det er tiltak som kan føre til bedre smertelindring. På en annen side fant De Witt Jansen et al. (2017) at kursing og praksisutvikling ble nedprioritert av ledelsen på grunn av økonomiske barrierer. En av studiene påpeker også at kulturen for implementering av smertekartleggingsverktøy har mye å si for integrasjonsprosessen (De Witt Jansen et al., 2018). Det er altså oppstått et hull i integreringsprosessen, når kartleggingsverktøyene ikke viser seg å være i kontinuerlig bruk av helsepersonell. Vi tror at en løsning kan være å sette søkelys på kulturen i pleiegruppen og sørge for krav til prosedyrer som sikrer kontinuerlig bruk av kartleggingsverktøy.

5.6 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven skal styrkene og svakhetene ved litteraturstudien diskuteres. Forskningsartiklene er vurdert utfra Evans metode som kan være et godt utgangspunkt for oppgavens struktur og kan ansees som en styrke. Vi har inkludert flest kvalitative studier, noe som kan være en styrke da vi ønsker å fokusere på sykepleierens erfaringer. En ulempe er at storparten av de kvalitative studiene har en liten deltakergruppe og dermed gir et noe

smalt datagrunnlag. Samtidig har vi inkludert en kvalitativ studie i form av en oversiktsartikkel, hvilket kan sees som en styrke siden artikkelen baseres på et større datagrunnlag.

Vår oppgave diskuterer resultatene opp mot faglitteratur, som underbygger sykepleiers funksjon og rolle i smertebehandling. En svakhet er likevel at vi ikke fant studier som viste den faktiske effekten av bruken av smertekartleggingsverktøy hos personer med langtkommen demens. Hvilket motstrider faglitteraturen og aktuelle retningslinjer som underbygger viktigheten av kontinuerlig bruk i smertekartlegging. En styrke er at storparten av forskningsartiklene vi har analysert er gjennomført i Norge eller Sverige, kun oversiktsartikkelen baserer seg på Australia, Canada og USA.

Oversiktsartikkelen tar for seg forhold på hospice og akuttsykehus. Selv om mye er overførbart, kan rammene for tid og ressurser variere fra norske sykehjem. I datamaterialet til studien er det uklart hvilken andel deltakere som er sykepleiere og hvilken andel som er annet pleiepersonell. Australia, Canada og USA har også andre utdanningsløp og stillingstitler sykepleiere enn i Norge. Dette kan svekke overførbareheten, men vi så likevel at mange funn samsvarte med funn fra norske studier. De øvrige forskningsartiklene er gjennomført i England. Dette kan sees som en styrke da England i europeisk sammenheng, har kommet lengst i arbeidet av integrering av palliativ omsorg til eldre (Grov, 2015, s. 524).

5.7 Konklusjon

Oppgavens formål var å belyse faktorer som innvirker på smertebehandling i terminal fase hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem, med fokus på sykepleieperspektivet. Vi har gjennomført en litteraturstudie hvor vi har analysert studier av sykepleieres kvalitative erfaringer med smertebehandling. Analysen har bidratt til å identifisere hvilke aspekter og faktorer som påvirker smertelindring hos personer med langtkommen demens i sykehjem fra sykepleieres perspektiv.

Sykepleierne i de valgte forskningsartiklene erfarer at kunnskap om demenssykdom og behandling er en forutsetning for god smertelindring. Samtidig må det nevnes at sykepleierne må erkjenne sine egne grenser for kompetanse og ta ansvar for å tilegne seg kunnskap. Å kjenne pasienten viser seg å være sentralt ved observasjon, vurdering og kartlegging av smerte. Dette utfordres av ressursmangel i helsetjenesten, som fører til tidspress og høy arbeidsbelastning for sykepleierne. Sykepleierne mener at tidspress gjør det vanskelig å observere pasientene, for å vurdere behov. Disse organisatoriske utfordringene truer kontinuiteten i tjenestene sykepleierne utøver.

Litteraturstudien underbygger og belyser viktigheten av kontinuitet i flere ledd. Vi fant at kontinuitet både i fysisk bruk av kartleggingsverktøy, i sammensetning av pasientens pleiegruppe og organisatoriske forhold er essensielle for å tilstrebe tilstrekkelig smertelindring hos pasientgruppen. Litteraturstudien styrker også vår tanke om behov for videre forskning og kunnskapsutvikling rundt bruk av kartleggingsverktøy hos personer med langtkommen demens. Dette grunnet funnet av hull i integreringsprosessen av standardiserte observasjonsbaserte kartleggingsverktøy i de utvalgte forskningsartiklene.

Referanser

- Brodtkorb, K., & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2015). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>
- Brown, D. (2011, September 5). *Pain Assessment with Cognitively Impaired Older People in the Acute Hospital Setting*. ncbi.nlm.nih.gov. Hentet Mai 2023 fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4591671/>
- Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). *Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment*. *International journal of palliative nursing*, 21(8), 400–407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2017). *Sykepleie ved smerter*. I D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). *Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". *The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives*. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi.org/10.1002/gps.4931>
- Evans, D. (2002, Desember). *Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data*. *Australian journal of advanced nursing*.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och present*. Stockholm: Natur Kultur Akademisk.
- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011, November 21). *Får bedre smertebehandling*. Sykepleien.no. Hentet April 2023 fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/771828.pdf>

- Gransjøen, A. M., & Skogstad, M. (2021, Mai 31). *Undersøkelse om vikarbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra omsorgsforskning.brage.unit.no: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3000247/Unders%C3%B8kelse%20om%20vikarbruk%20i%20den%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf?sequence=1>
- Grov, E. K. (2015). *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2020). *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 12 2). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no. Hentet April 2023 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *4.1 Sjekklist*. Hentet April 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Databaser*. Hentet April 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/liste?sort=A&ct=link&path=/helsebiblioteket/innhold&dokumenttype=databaser>
- Helsedirektoratet. (2022, Mai). *Lindrende behandling til personer med demens*. Hentet April 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2022, 27 4). *Nasjonal faglig retningslinje demens*. Hentet Mai 2023 fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Husebø, B. (2009, Oktober 8). *Smerteevaluering ved demens*. Tidsskriftet.no. Hentet April 2023 fra: <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>
- Husebø, B. (2015). *Vurdering og behandling av smerte hos pasienter med demens*. I M. Sætrang, & S. Husebø, En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt. Bergen: Fagbokforlaget.
- Husebø, B., & Husebø, S. (2015). *Omsorg ved livets slutt*. I M. S. Holm, & S. Husebø, En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt. Bergen: Fagbokforlaget.
- Huurnink, A., & Haugen, D. F. (2016). *Palliasjon til personer med demens*. I S. Kaasa, & J. H. Loge, Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- IASP. (2023). *Terminology*. Hentet April 2023 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). *Smertebehandling til personer med langtkommen demens*. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34.
http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M. (2015). *Den gamles integritet*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2015). *Kartlegging*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013) *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*. *Vård i nord*, 33(3), 29-33.
<http://dx.doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Lovdata. (2001, Januaer 1). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). *End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes*. *BMC Nursing*, 20(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Mathisen, J. (2019). *Sykepleie ved livets avslutning*. I N. K. Jahren, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC health services research*, 18(1), 709
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet Mai 2023 fra nsf.no: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nygaard, H. A. (2012). *Kroniske, ikke ond-artede smerter hos gamle*. I M. Bondevik, *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Orlando, I. J. (1995). *Det dynamiske forhold mellom sygeplejerske og patient*. København: Munksgård.
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse*. Cappelen Damm AS: Oslo.
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrud, L. (2020, April 1). *Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter*. *Sykepleien.no*. Hentet April 2023 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/kjennetegn-ved-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens-og-smerter>

- Sandvik, R. K. (2018). *Palliativ demensomsorg*. Hentet Mai 2023 fra Aldring og helse: https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/H10-P1_DemensomsorgensABC_11.2018_WEB_NY.pdf
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). *Kognitiv svikt og demens*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slaaen, J., Røystrand, E., Gravdahl, E.-K., & Engebrigsten, E. S. (u.d.). *Norsk Palliativ Forening- Begrep*. Palliativ.org. Hentet April 2023 fra: <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- Slettebø, Å., & Pedersen, R. (2020). *Juridiske rammer og etiske utfordringer*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (3.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spigset, O. (2018). *Eldre og legemidler*. I H. Nordeng, Legemidler og bruken av dem. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk Sentralbyrå. (2019, Desember). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Hentet Mai 2023 fra [ssb.no](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68): https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Statistisk sentralbyrå. (2020, Juni 24). *Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommune*. Hentet April 2023 fra [ssb.no](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen): <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2015). *Smerte*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., & Sandvik, R. K. (2020). *Smerte*. I M. Kirkevold, & K. Brodtkorb, Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- WHO & Alzheimers Disease International. (2012, August 24). *Dementia: a public health priority*. Hentet April 2023 fra <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
- WHO. (2020, August). *Palliative care*. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (2023, Mars 15). *Dementia*. Hentet April 2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wyller, T. B. (2012). *Generelt om medisinsk behandling av gamle*. I M. Bondevik, Tverrfaglig geriatri. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

