



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave
<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2024 VÅR
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	131
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7202
----------------------	------

#### Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	18
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	170

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Utfordringer ved smertekartlegging hos  
sykehjemspasienter med demens

Challenges in Pain Assessment Among Nursing Home  
Patients with Dementia

Kandidatnummer: 131 og 170

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 10.05.2024

Antall ord: 7202

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Abstract:**

**Background:** Dementia affects over 100 000 people in Norway, and these patients are likely living with pain daily. The number of dementia patients are increasing due to aging population, therefore is pain assessment an essential and important nursing task. Due to reduced cognitive function and ability to report pain, it can be difficult for nurses to do pain assessment.

**Aim:** The aim of this study is to identify which challenges nurses experience in pain assessment among nursing home patients with dementia disease.

**Method:** We have used a literature review to answer our aim. Data has been collected through research and theory, and the articles have been critically analyzed by specific critical checklists.

**Results:** Nurses experience communication as challenging with these patients. Therefore, it is important to observe behavioral changes and assess the potential presence of pain. It is also important to establish a relationship where the patients feel safe with the nurses. By knowing the patient well, one can also easier recognize behavioral changes as signs of pain. It appears that understaffing and lack of time makes it challenging for nurses to do a thorough pain assessment. The time constraints with each individual patient also makes it more challenging to establish a good relationship with them. Nurses expressed the need for more knowledge about pain assessment tools and pain management for patients with dementia.

**Conclusion:** Pain in elderly people with dementia is a complex problem. Nursing staff need regular updating of knowledge about the disease, pain assessment and pain assessment tools to provide the best care. It requires a higher level of training than the current standard to be able to meet their needs in correlation with pain.

**Keywords:** Dementia, nurses, nursing home, pain, pain assessment, pain measurement

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2	Begrepsavklaring.....	5
1.3	Teori.....	6
1.3.1	Kommunikasjon ved demens .....	6
1.3.2	Atferdsendringer ved demens.....	7
1.3.3	Relasjonsbygging ved demens .....	7
1.3.4	Smerter ved demens .....	8
1.3.5	Smertekartlegging ved demens .....	8
1.3.6	Patricia Benner's teori.....	9
1.3.7	Love og retningslinjer .....	9
1.4	Problemstilling med avgrensning.....	10
<b>2.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
2.1	Design.....	10
2.2	Søkeprosessen .....	11
2.2.1	PICo.....	11
2.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
2.2.3	Litteratursøket .....	12
2.3	Kritisk vurdering av forskningslitteratur.....	13
2.4	Analyse og etiske vurderinger.....	13
<b>3.0</b>	<b>Funn fra litteratursøk .....</b>	<b>14</b>
3.1	Kommunikasjonsutfordringer hos personer med demens .....	14
3.2	Utfordringer med å tolke atferdsendringer som symptom på smerte.....	14
3.3	Utfordringer ved relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier.....	15
3.4	Utfordringer knyttet til kunnskapsbehovet og bruken av kartleggingsverktøy .....	15
<b>4.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>16</b>
4.1	Drøfting av hovedfunn .....	16

4.1.1	Kommunikasjonsutfordringer hos personer med demens .....	16
4.1.2	Utfordringer med å tolke atferdsendringer som symptom på smerte .....	18
4.1.3	Utfordringer ved relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier.....	19
4.1.4	Utfordringer knyttet til kunnskapsbehovet og bruken av kartleggingsverktøy ....	21
4.2	Metodediskusjon .....	22
4.3	Diskusjon av anvendt litteratur.....	23
<b>5.0</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>24</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>25</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 1: PICo .....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 2: MeSh med engelsk søkeord .....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 3: Inklusjon og eksklusjonskriterier.....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 4: Søkehistorikk .....</b>	<b>30</b>
	<b>Vedlegg 5: Litteraturmatrise .....</b>	<b>31</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge lever ca. 100 000 mennesker med sykdommen demens (Grimstad, 2021). Det er forventet en tredoblet økning i dette tallet i løpet av de neste 70 årene blant annet på grunn av eldrebølgen vi står over for i dag. Parallelt med stigende alder blant innbyggerne, vil også forekomsten av demens øke (Selbæk, 2023, s. 26). Sykdommen fører ofte til et økende hjelpebehov, og etter hvert må mange flytte til en institusjon. Tall fra Norsk Helseinformatikk estimerer at ca. 80% av norske sykehjemsbeboere med langtidsplass har diagnosen demens (NHI, 2023). Blant denne gruppen er smerte et utbredt problem ifølge en norsk studie (Rostad et al., 2020). Studien påpeker at opptil 80% av beboere med demens på norske sykehjem lever med smerter daglig. I tillegg ser man at smerter har en tendens til å øke med stigende alder (Breivik, 2023). Dette medfører behov for flere ressurser og mer kompetanse innen eldreomsorgen (Grimstad, 2021). Problemet er av betydning innenfor sykepleieyrket på grunn av den sentrale posisjonen sykepleiere har når det gjelder vurdering av smerte hos pasienter med demens på sykehjem (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Gjennom egne erfaringer fra praksis og jobb på sykehjem, har vi sett på nært hold at det eksisterer mange utfordringer knyttet til smertekartleggingen av pasienter med demens.

### 1.2 Begrepsavklaring

**Demens** blir definert som “en fellesbetegnelse for en rekke ulike sykdommer og skader med ulik bakgrunn” (Skovdahl, 2020, s. 419). Sykdommen utvikles ofte over tid, og etter hvert kan dette gå utover selvstendigheten og evnen til å utføre daglige aktiviteter grunnet psykologiske og atferdsmessige forandringer (Skovdahl, 2020, s. 422-423). Dette kan være hukommelsessvikt, språkvansker, afasi, hallusinasjoner og svekket evne til å forstå og lære (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2024). Symptomene sier noe om hvor i hjernen skaden har skjedd.

**Smertes** blir ifølge den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definert som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er forbundet med, eller likne opplevelsen forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade" (IASP, 2020). Smerte er et sammensatt fenomen som påvirkes både av de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige forhold som vi møter på i hverdagen. Smerte er også en subjektiv opplevelse som oppleves forskjellig fra person til person (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398).

**Smertekartlegging** av eldre handler om å finne årsaken til smerte, intensitet av smerter, lokalisasjon og finne ut hvordan den påvirker dagliglivet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402-403). Dette kan være ekstra utfordrende hos personer med demens da de ved senere forløp av sykdommen kan miste evnen til å selv rapportere smerte. Smertekartleggingsverktøy som VAS (visuell analog skala), Mobid-2 eller Doloplus-2 kan være nyttige hjelpemiddel, som hjelper å fange opp smerter hos personer med demens (Helsedirektoratet, 2022).

## 1.3 Teori

### 1.3.1 Kommunikasjon ved demens

Demens rammer oftest de eldre og er trolig den største helseutfordringen Norge står ovenfor (Selbæk, 2023, s. 26). Det kan trekkes sammenhenger mellom høy smerteintensitet og nedsatt funksjonsnivå hos eldre (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400). Nedsatt verbal kommunikasjon kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å forstå når pasienten har smerter når hen ikke kan selv rapportere dem (Sandvik, 2020). Afasi og dysartri er eksempler der pasienten selv ikke klarer å kommunisere om smerten. Det finnes mange typer afasi, men generelt sett vil det si at personen har problem med å produsere tale på grunn av ulike skader i hjernen (Wogn-Henriksen, 2020, s. 91). Ved dysartri er språkfunksjonen intakt, men talefunksjonen er svekket grunnet lammelse i munn og svelg. Det er viktig å vite at vedkommende kan oppleve smerter og trenge smertebehandling selv om dette ikke kommer til uttrykk gjennom verbal kommunikasjon (IASP, 2018, sitert i Kirkevold et al., 2020, s. 398).

Språkproblemer kan gjøre det vanskelig å hente inn korrekt informasjon, og derfor kan språkproblem være en barriere for god smertekartlegging (Sommerfeld & Rosenberg, 2019). Blant annet ønsker politikere strengere krav til språkkunnskaper blant helsepersonell etter en uønsket hendelse som endte i dødsfall på et sykehjem i 2023 (Eian, 2023). Norsk



Sykepleierforbund (NSF) er blant fagorganisasjonene som støtter forslaget fra politikere. Helsedirektoratet (2023) mener at alle som skal ansettes i helsevesenet i Norge bør kunne dokumentere et høgt språknivå i norsk, både skriftlig og muntlig. I tillegg mener de at arbeidsgiver har et ansvar for å vurdere om personalet har tilstrekkelig språkkunnskaper til å utøve forsvarlig helsehjelp.

### 1.3.2 Atferdsendringer ved demens

Personer med demens kan slite med å identifisere og faktisk forstå at de kroppslige signalene de kjenner på er smerter (Rokstad, 2020a, s. 207). Smerter kan bli uttrykt gjennom endret atferd. Eldre pasienter kan ha sykdommer som av naturlig årsak kan skape smerter, men som ikke er synlige til de rundt (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Dette kan være sykdom i nervevev eller senkomplikasjoner av for eksempel diabetes. Samtidig er både atferdsmessige og følelsesmessige endringer forventet ved sykdommen (Rokstad, 2020a, s. 197). For eksempel kan non-verbale symptom være affektive som depresjon, angst og apati eller gjennom agitasjon som oppstemhet, irritabilitet, aggresjon og motorisk og verbal uro. Det kan være vanskelig for personer med demens å si ifra til helsepersonell på en forståelig måte, og de som opplever den type symptomer kan føle på manglende forståelse fra sykepleierne, og en følelse av å miste kontroll over eget liv.

### 1.3.3 Relasjonsbygging ved demens

Siden nedsatt evne til verbal kommunikasjon kan være påvirket hos mange, er det grunnleggende å bli kjent med pasientene og skape en god relasjon (Brorson et al., 2014, s. 116). Dette er viktig for å anvende personsentrert sykepleie, og for å kjenne igjen og tolke deres verbale og ikke-verbale tegn på smerte. Det er tidskrevende å bygge tillit og skape god relasjon med pasientene, og det er ofte ikke nok tid på vekten til å prioritere dette (Landstein, 2021). På norske sykehjem opplever sykepleiere at underbemanningen bland annet fører til at de blir pålagt flere og flere oppgaver på dem samtidig som at pasientene blir skrøpeligere og sykere.

Det kan oppleves veldig sårbart for pasienten å være avhengig av pårørende og helsepersonell, fordi de til en viss grad mister autonomien over sitt eget liv (Heggstad, 2022). Å skape god relasjon og tillit til pasientene er spesielt viktig da det kan være en stor trygghet

for pasienter med demens å bli behandlet av noen de kjenner. Det er viktig at sykepleiere gjennom kroppsspråket fremstår rolig, og møter blikket til pasienten for at pasienten skal føle seg sett og ivaretatt (Kirkevold, 2020, s. 99).

#### 1.3.4 Smerter ved demens

En norsk studie viser at smerteprevalensen hos sykehjemsbeboere med demens er høy (Helvik et al., 2022, s. 1791). Smerteindikatorer kan være blant annet ansiktsuttrykk som grimaser, verbalisering eller sukking, urolige kroppsbevegelser, aggressiv eller tilbakeholden atferd, søvnproblematikk eller økt forvirring (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). I tillegg kan eldre med demens ofte ha en kompleks sykehistorie, preget av flere lidelser og plager (Eriksen, 2020, s. 354).

Pasienter med demens er en sårbar gruppe som ofte er avhengig av at sykepleiere på sykehjemmet har god nok kunnskap om demenssykdommen, men også om aldersrelaterte plager som kan forårsake smerter (Granum et al., 2018). Det viser seg at mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere er en stor barriere for effektiv smertevurdering og behandling (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400). Etter hvert når sykdommen utvikler seg, og pasienten mister evnen til selvrapporing blir det viktigere å observere og fange opp atferdsendringer som kan være tegn på smerte. Helsedirektoratet (2022) anbefaler sterkt at personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens eller andre symptomer på ubehag, blir utredet og eventuelt behandlet for smerte. Pasienter med demens kan ofte lide av smerter uten at de uttrykker dette på en tydelig måte. I slike tilfeller må en gjøre en kartlegging av pasienten for eventuelle årsaker til disse endringene (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402).

#### 1.3.5 Smertekartlegging ved demens

Å kartlegge smerter er en viktig sykepleieoppgave for å gi effektiv behandling (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Smertene må kartlegges og dokumenteres regelmessig for best smertevurdering. I tilfeller der selvrapporing er redusert eller fraværende må en ta i bruk tilpasset smertekartleggingsverktøy som baserer seg på subjektive observasjoner sammen med sykepleier sitt kliniske blikk og objektive observasjon. Sykepleier skal gjennom kartleggingsverktøy samle informasjon om lokalisasjon, kvalitet, varighet og intensitet av

smertene (Torvik & Sandvik, 2020, s. 402-403). Man kan gjøre dette gjennom bruk av smertekartleggingsverktøy som baserer seg på ansiktsuttrykk, kroppsspråk eller atferdsmønster. Å utføre kartlegging hos en pasientgruppe med nedsatt kognitiv- og verbal funksjon kan være svært utfordrende, og dette kan gjøre pasientene særlig utsatt for mangelfull smertehåndtering (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405).

### 1.3.6 Patricia Benner's teori

Sykepleieforskeren Patricia Benner påpeker i sin teori «Benner's stages of clinical competence» (1984, s. 1-2) at teoretisk og praktisk kunnskap er to forskjellige typer kunnskap der begge er med på å utvikle sykepleiere sin kliniske kompetanse. Hun setter søkelys på den praktiske kunnskapen som utvikles gjennom erfaring fra arbeid med spesifikke pasientgrupper. Benner beskriver utviklingsforløpet gjennom fem stadier: «novice», «advanced», «beginner», «competent», «proficient» og «expert» (1984, s. 20-34). Overgangen mellom stadiene skjer gradvis gjennom kontinuerlig praksis, refleksjon og læring. Hun oppfordrer sykepleiere til å jobbe som detektiver og løse det kliniske puslespillet gjennom å få oversikt over situasjonen, se utviklingen og finne meningen bak pasientens respons.

### 1.3.7 Lover og retningslinjer

Helse- og omsorgsdepartementet har utformet Demensplan 2025 (Helsedirektoratet, 2019). Målet med denne planen er å skape et samfunn som tilrettelegger og støtter personer med demens og deres pårørende. Dette krever økt kompetanse om sykdommen både i samfunnet generelt, men spesielt i helse- og omsorgssektoren. Personer med demens har også mange rettigheter. I Nasjonale faglige retningslinjer om demens står det at helsepersonell har krav på kompetanse om sykdommen, og at de som er rammet skal få tilpasset behandling (Demens, 2019). I tillegg stiller Helsepersonelloven (1999, §3 og §47) krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes av kvalifisert helsepersonell som utøver hjelp til disse personene. Kunnskapsdepartementet legger fram i Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, §2 og 6a) at sykepleiere skal ta ansvar, kartlegge og vurdere smerte, ta beslutninger og igangsette smertelindrende tiltak, samt vurdere effekten av tiltakene. I de yrkesetiske retningslinjene som er utviklet for sykepleiere, står det at sykepleie

bygger på respekt, verdighet og menneskers rett til å ta egne valg (Råd for sykepleieetikk, 2023)

## 1.4 Problemstilling med avgrensning

Med bakgrunn i teorien presentert over, skal vi forsøke å besvare følgende problemstilling: «Hvilke utfordringer opplever sykepleiere ved smertekartlegging hos personer med demens?».

Vi har valgt denne problemstillingen da vi ser at smertekartleggingen av demente innebærer mange utfordringer som vi ikke var klar over. Vi finner temaet spennende og svært relevant for vår fremtidig karriere som sykepleiere. Siden smerte hos demente er et utfordrende område i eldreomsorgen, har vi valgt å avgrense søket til sykehjem. Vi har ikke avgrenset søket til typen demens, alder eller kjønn fordi mange av demenstypene har lignende symptomer. Vi vurderte det som for spesifikt å avgrense søket til alder og kjønn.

## 2.0 Metode

### 2.1 Design

Vi valgte litteraturstudie som metode fordi vi ønsket å utforske eksisterende forskning om smertekartlegging og demens. Hensikten med en litteraturstudie er å kunne gi leseren en oppdatert og god forståelse innenfor det området problemstillingen setter søkelys over (Thidemann, 2019, s. 78). Søket skal også være godt dokumentert slik at det kan være etterprøvbart (Søk & skriv, 2024). En litteraturstudie systematisk oppsummerer kunnskap fra skriftlige kilder, identifiserer mønstre og samler inn fellesnevnerne for videre forskning (FHI, 2022).

I boken til Thidemann «Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter» (2019, s. 101-102), presenterer han viktigheten av god struktur i bacheloroppgaven. Den skal struktureres innledning, teori, metode, resultater/funn, diskusjon/drøfting og til slutt oppsummering. Vi har også tatt i bruk «6S-modellen» som er et verktøy i bachelorskrivingen (Persson, 2021, s. 15). Modellen tar for seg å «spørre», «søke», «sortere», «syntetisere», «skrive» og «systematisere» litteraturgjennomgangen.

Den første S-en står for «spørre», og slik begynte vi hele oppgaven. Vi drøftet ulike temaer vi ville fordype oss i, og kom frem til å se på utfordringer ved smertekartlegging hos personer med demens. Å «skrive» er den femte S-en i 6S-modellen som kommer mot slutten i modellen, men i en slik oppgave blir dette gjort gjennom hele prosessen (Persson, 2021, s. 114). Videre påpeker han at forskningstekst er det skriftlige arbeidet vi gjør for oss selv, mens rapporteringstekst sin hensikt er å gi leseren en oversiktlig forståelse på utvalgt tema (Persson, 2021, s. 117). Å «systematisere» er den sjettede S-en, og omfatter de fem andre S-ene (Persson, 2021, s. 136). Systematisering skjer ikke i en spesifikk fase av skrivingen, men er flytende fordi vi systematiserer gjennom hele litteraturgjennomgangen.

## 2.2 Søkeprosessen

### 2.2.1 PICo

PICo står for «population» (populasjon), «interest» (erfaring) og «context» (kontekst) (Kunnskapsbasert praksis, 2021). Verktøyet egner seg for spørsmål som tar for seg erfaringer eller opplevelser, som vi gjør med spørsmålet vi har formulert fordi vi ønsker kunnskap om sykepleiere sine utfordringer. Ved å bruke PICo har vi utarbeidet en presis og tydelig problemstilling, som vises i vedlegg 1. Spørsmålet som ble formulert er et kvalitativt spørsmål, og har en humanvitenskapelig tilnærming (Thidemann, 2019, s. 76). Kjennetegn på en humanvitenskapelig tilnærming er at spørsmålet sin hensikt er å se på mennesket sin opplevelse eller erfaring.

Etter at problemstillingen ble etablert, tok vi i bruk «Medical Subject Headings» (MeSH) for å finne medisinske emneord på engelsk (Universitet i Agder, 2024). Emneordene vi fant på MeSH ble brukt i det systematiske søket, og er presentert i vedlegg 2. Ved søk i ulike databaser fant vi ulike terminologier, og brukte både emneord og tekstord i søkene.

### 2.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av søket valgte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier med hensikt om å tydeliggjøre og avgrense søket, og for å sikre at søket inneholdt relevante artikler. Ett av inklusjonskriteriene vi tok i bruk var at studiene måtte være fra land som har lignende

helsevesen som Norge. Det handler om å velge land som det er naturlig å sammenligne seg med, for å gi mest mulig reliabilitet. Et annet inklusjonskriterie var at studiene måtte være ti år eller nyere for å sikre ny og oppdatert forskning. Vi var kritiske i gjennomgangen av litteratur, og inkluderte artikler som hadde IMRaD-struktur fordi denne oppbyggingen kjennetegner vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag (Thidemann, 2019, s. 66). Gjennom litteratursøkene fant vi flere forskningsartikler, men de fleste oppfylte ikke kriteriene. Slik har vi brukt kriteriene til å grundig vurdere artiklene.

### 2.2.3 Litteratursøket

Det systematiske søket ble gjennomført med god hjelp fra bibliotekarer ved Høgskulen på Vestlandet (HVL), Campus Bergen. Etter råd fra bibliotekarer begynte vi søket i databasene CINAHL og Medline Ovid, som også er den andre S-en i 6S-modellen, nemlig å «søke» (Persson, 2021, s. 16). Vi gikk også gjennom nettlenken *Alle databaser* via Helsebiblioteket, og fant begge databasene her. Ved å gjøre dette sjekket vi at databasene dekket fagområdet vårt og at de var relevante for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 85).

Det ble utført mange søk med ulike søkeord og forskjellige søkekombinasjoner av boolske operatorer som AND og OR før vi landet på det søket som ga oss de beste resultatene. Vi brukte også trunkering på enkelte søkeord som «nurs\*» for å finne flere varianter av ordet og dermed utvide søket. Søkeordene som gav oss best treff på relevante artikler var «dementia», «nursing home», «pain», «pain assessment» og «pain measurement». Vi brukte de samme søkeordene, søkekombinasjonene og inklusjons- og eksklusjonskriteriene i begge databasene.

Det systematiske søket resulterte i et stort antall artikler. Funksjonen «peer reviewed» ble brukt for å sikre at artiklene var fagfellevurdert. Vi gikk gjennom alle overskriftene og markerte disse tydelig for å selektere ut hvilke artikler som oppfylte inklusjonskriteriene. Dette er den tredje S-en i 6S-modellen, nemlig å «sortere» (Persson, 2021, s. 61). Deretter gikk vi gjennom sammendragene til de markerte artiklene. Til vår overraskelse var det svært få artikler som vi vurderte relevante nok til problemstillingen. Mange artikler tok for seg temaet smertekartlegging og demens, men få av de handlet om sykepleiere sine utfordringer. Etter mange søk og grundig seleksjon av artikler, ble totalt fire artikler valgt ut. Vedlegg 4 viser søkehistorikken i Medline Ovid og CINAHL.

## 2.3 Kritisk vurdering av forskningslitteratur

Det er viktig å kritisk vurdere de inkluderte artiklene. Dette har vi gjort ved bruk av Helsebiblioteket sine *Sjekklistor* (Kunnskapsbasertpraksis, 2021). Tre av artiklene er kvalitative studier, og vi brukte derfor sjekklisten *4.4 Kvalitativ metode* (Kunnskapsbasertpraksis, 2022). Den siste artikkelen er en tverrsnittstudie, og da brukte vi sjekklisten *4.5 Tverrsnittstudie* (Kunnskapsbasertpraksis, 2017).

Siden emneordene vi brukte i søket er på engelsk, har vi bare inkludert engelske artikler. Vi har derfor måttet være sikre på at vi har gjort grundig oversetting av engelske terminologier, og ikke oversatt artiklene feil. For å kvalitetssjekke forfattere i artiklene kan en trykke på forfatteren og se på kredibilitet.

## 2.4 Analyse og etiske vurderinger

De utvalgte artiklene har blitt syntetisert, som er den fjerde S-en i 6S-modellen (Persson, 2021, s. 85-86). Å «syntetisere» vil si å analysere og sammenligne litteratur med hverandre for å finne felles temaer, og sette de i en sammenheng. Vi brukte en litteratormatrise for å få en generell oversikt over viktige hovedpoeng ved artiklene (Thidemann, 2019, s. 95). Den ligger som vedlegg 5, og tar for seg blant annet år for publikasjon, hensikt, metode, utvalg og resultat. For å finne fellesnevnerne ble artiklene nøye analysert flere ganger og vi fremhevet temaer som gikk igjen i flere eller alle artiklene. Hovedtemaene i forskningsartiklene er presentert under punkt *3.0 Funn fra litteratursøk* i en tematisk analyse. Hensikten med litteratormatrisen og den tematiske analysen er å sikre struktur, slik at viktig informasjon blir lettere tilgjengelig for leseren.

Ifølge Dalland (2022, s. 168) handler etikk om normer for rett og god livsførsel, og etikken kan gi oss veiledning før vi handler. Når en skal velge artikler er det viktig å vurdere om artiklene er etisk godkjent av en forskningskomite. Videre påpeker han viktigheten av å ivareta personvernet til de som deltar i forskningen, og sikre at de ikke eksponeres for skade eller unødige belastninger. Personopplysninger vil si informasjon som gjør det mulig å knytte opplysningene til en person, og dermed gjenkjenne vedkommende (Dalland, 2022, s.169). Derfor er det viktig at opplysninger om deltakere blir anonymisert og taushetsbelagt.

Alle inkluderte studier er etisk godkjent, og gjennom oppgaven har vi prøvd å ikke fremstille andre sitt verk som vårt eget. Vi har også prøvd å ikke skrive subjektive meninger om det vi diskuterer, men diskutere teori og forskning opp mot hverandre.

## 3.0 Funn fra litteratursøk

I dette kapitlet blir fire gjennomgående temaer presentert i en tematisk analyse. Disse temaene er kommunikasjonsutfordringer hos personer med demens, utfordringer med å tolke atferdsendringer som symptom på smerte, utfordringer i forholdsanalyse mellom pasient og sykepleier, og utfordringer knyttet kunnskapsbehovet og bruken av kartleggingsverktøy. Vi har inkludert tre kvalitative studier (De Witt Jansen et al., 2018; Midtbust et al., 2018; Monroe et al., 2015) og en tverrsnittstudie (Burns & McIlpatrick, 2015). Studiene ble gjennomført i Storbritannia (Burns & McIlpatrick, 2015), Nord-Irland (De Witt Jansen et al., 2018), Norge (Midtbust et al., 2018) og USA (Monroe et al., 2015).

### 3.1 Kommunikasjonsutfordringer hos personer med demens

Flere av artiklene påpekte at sykepleiere opplevde utfordringer i kommunikasjonen hos pasienter med langtkommen demens ved smertekartlegging (Burns & McIlpatrick, 2015; Midtbust et al., 2018; Monroe et al., 2015). Burns og McIlpatrick (2015, s. 485) identifiserte kommunikasjon som en av de største barrierene til effektiv smertehåndtering. Midtbust et al. (2018, s. 3) finner at sykepleierne mente det var mest utfordrende å «lese» den enkelte pasienten og tolke deres uttrykk for ubehag. Dette var spesielt vanskelig når pasientene ikke lenger var i stand til å selv rapportere smerter. Samtidig kom det frem i studien til Monroe et al. (2015, s. 318) at de ikke alltid var helt sikre på om pasientene med demens hadde smerte, med mindre de observerte at pasienten gjorde noe som kunne føre til smerter.

### 3.2 Utfordringer med å tolke atferdsendringer som symptom på smerte

I tre av fire artikler viste resultatene at endring i atferd som irritasjon eller rastløshet hos den demente pasienten ofte kan være en markør for smerter (Midtbust et al., 2018; Burns & McIlpatrick, 2015; Monroe et al., 2015). Midtbust et al. (2018, s. 4) tok opp utfordringer



knyttet til endring i atferd hos personer med langtkommen demens, da de i det ene øyeblikket kunne utøve vold og trusler, og i det neste rope at de hadde smerte. Sykepleierne opplevde at det var vanskelig å vite hvordan de skulle håndtere situasjonen når de ikke vet hva pasienten føler på. I studien til Burns og McIlfatrick (2015, s. 483) hadde majoriteten av sykepleierne kunnskap om at smerte hos personer med demens kan uttrykkes gjennom endret atferd. De var også klar over at smerte er en subjektiv opplevelse som kan oppleves forskjellig ut fra person til person. Sykepleierne i studien til Monroe et al. (2015, s. 319) brukte ofte egen dømmekraft for å bedømme smertemarkører som ofte kunne se ut som vanlige atferdsmessige symptomer ved demens. De var bevisste på at det er en stor overlapping mellom smerte og atferdsendring hos disse pasientene.

### 3.3 utfordringer ved relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier

I to av studiene kom det frem at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan ha betydning for smertekartlegging hos personer med demens (Monroe et al., 2015; Midtbust et al., 2018). Sykepleiere i studien til Monroe et al. (2015, s. 317) beskrev jobben med demente pasienter som å «sette sammen et komplekst puslespill». En må samle inn store mengder informasjon både fra pasienten selv, journal, pårørende, og kollega for å kunne vurdere og gi riktig type behandling. De påpeker selv at det tar tid å bli kjent med pasienten for å forstå hva pasienten mener eller vil, spesielt ved nedsatt verbal funksjon. En sykepleier som kjenner pasienten godt ser ofte de små forandringene i oppførsel, som nye sykepleiere ikke kan se (Midtbust et al., 2018, s. 5). Sykepleierne i denne studien mente det er spesielt et problem når pasienter blir flyttet fra en skjermet demensavdeling de har vært på lenge, til en somatisk langtidspost.

### 3.4 utfordringer knyttet til kunnskapsbehovet og bruken av kartleggingsverktøy

De fleste deltakere rapporterte at det er utfordrende å kjenne igjen smerter, smertetyper, lokalisasjon og intensitet hos denne pasientgruppen (De Witt Jansen et al., 2018, s. 1351). Videre la de fleste deltakerne vekt på et kritisk behov for kompetanseheving blant sykepleiere for å bli trygg på smerte og symptombehandling. I tråd med dette viser studien til Burns og McIlfatrick (2015, s. 485) at det er et stort behov for trening i smertehåndtering ved livets

sluttfase hos personer med demens, kunnskap om valg av smertestillende og bedre forståelse av smertekartleggingsverktøy. Resultatene i studien viste at 20 av 32 sykepleierne som fikk slik opplæring hadde mer kunnskap om behandling og vurdering av smerte enn de som ikke fikk opplæring. Likevel svarer de samme sykepleierne at de har behov for kontinuerlig undervisning for å forbedre sin kliniske praksis.

Tre av artiklene hevder at bruken av smertekartleggingsverktøy blant sykepleiere er svak (Burns & McIlpatrick, 2015; Monroe et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2018). Resultatene fra studien til De Witt Jansen et al. (2018, s. 1348) viste at under halvparten av sykepleiere brukte verktøy til å identifisere smerter hos pasienter med langtkommen demens ved livets slutt fase, selv om protokoller for smertevurdering var påbudt eller anbefalt. Kartleggingsverktøyene hadde spesielt en nyttig funksjon når en mindre erfaren sykepleier skulle kartlegge smerter hos en pasient med demens. Sykepleierne som brukte smertekartleggingsverktøy hadde varierende holdninger til bruken, som resulterte i at effekten varierte. Sykepleierne som ikke brukte smertekartleggingsverktøy tvilte på den kliniske nytten av målingen, og lot være å dokumentere målingen og brukte den heller ikke i behandlingsforløpet. Det var usikkerhet rundt bruken av smertekartleggingsverktøy også i Burns og McIlpatrick (2015, s. 483). De fant ut at de fleste sykepleierne som jobbet på sykehjemmene som deltok i undersøkelsen ikke brukte smertekartleggingsverktøy som rutine. Istedenfor brukte de sitt kliniske blikk til å kartlegge smertene hos demente pasienter. Sykepleierne uttrykte behovet for bedre tilpasset og mer tilgjengelige smertekartleggingsverktøy i praksis (De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlpatrick, 2015).

## 4.0 Drøfting

### 4.1 Drøfting av hovedfunn

#### 4.1.1 Kommunikasjonsutfordringer hos personer med demens

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan være avgjørende for å sikre god pleie og riktig behandling. Kommunikasjon kan bli sett på som grunndimensjonen i alt menneskelig og i alt helsearbeid, og det å bli bedre til å kommunisere blir en stor utfordring (Wogn-Henriksen, 2020, s. 87). Benner's teori (1984) understreker viktigheten av erfaringsbasert kunnskap og klinisk kompetanse som er grunnlaget for bedre evne til å tolke

non-verbale signaler og alternative kommunikasjonsmåter hos personer med redusert språk. Både forskning og teori viser at sykepleiere opplever kommunikasjon som utfordrende når de skal kartlegge smerter hos personer med demens. Dette er et utfordrende område som samsvarer med funn i tre av forskningsartiklene (Burns & McIlfatrick 2015; Monroe et al., 2015; Midtbust et al., 2018). Det kan være vanskelig for personer med demens å identifisere sin egen smerte, derfor er det svært viktig å ha god kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell (Rokstad, 2020a, s. 207).

Det er flere faktorer som har påvirkning på om kartleggingen er tilstrekkelig eller ikke. Torvik og Sandvik (2020, s. 398-403) påpeker at det er viktig at helsepersonell stoler på selvrappotereringen hos alle uavhengig av den kognitive funksjonen. Ettersom smerter er en subjektiv opplevelse, vil selvrappoterering være den mest korrekte skåren av smertene. Det er ikke gitt at personer med demens forstår at ubehaget de kjenner på er smerte, og derfor ikke i stand til å forklare det på en forståelig måte. Dette underbygges av Monroe et al. (2015, s. 318) som sier at sykepleiere må jobbe som «detektiver» for å kartlegge smerter hos denne pasientgruppen. Sykepleiere baserer seg på verbale tilbakemeldinger, atferd, emosjoner, smerteskala-verktøy, medisinsk journal, men også dagsformen til pasienten for å vurdere smerter. I mellomtiden hevder Burns og McIlfatrick (2015, s. 485) at sykepleiere ofte jobber i en tidsklemme på grunn av underbemanning, som gjør at det ikke er tid til å gjennomføre en god nok smertekartlegging. I tillegg kan underbemanning av sykepleiere føre til at helsefagarbeidere eller til og med ufaglærte har ansvaret for denne pasientgruppen. De har muligens ikke tilstrekkelig kunnskap om demens, eller hvordan håndtere pasienter som har utfordring med kommunikasjon.

I studien til Burns og McIlfatrick (2015, s. 486) tar de opp at selve språket kan være en barriere i kommunikasjon. Deltakerne måtte ikke dokumentere språkkunnskaper for å delta, og de fleste sykepleierne tok utdanningen sin i et annet land enn den de jobber i. Det kan derfor være mulig at flere deltakere hadde problemer med å forstå spørsmålene i studien, og dermed valgte å ikke delta, som vises i lav svarprosent. Språkbarrieren viser seg også til å være et problem i det norske helsevesenet (Sommerfeld & Rosenberg, 2019). Det poengteres at sykepleiere opplever utfordringer på grunn av mangel på effektiv kommunikasjon når de skal utøve faglig forsvarlig helsehjelp. I tillegg kan utfordringer ved kommunikasjon få konsekvenser for både pasientsikkerheten, tjenestekvaliteten og samarbeidet mellom ansatte, pårørende og pasientene. Slike erfaringer har vi fra deltidsjobben på sykehjem.

Samhandlingen blir ofte dårligere på grunn av språklig misforståelser blant de ansatte. Dette kan føre til at kvaliteten på helsehjelpen blir dårligere, som følge av at pasienten ikke blir forstått av den ansatte og riktig behandling eller hjelp blir ikke gitt, eller blir gitt forsinket. For demente pasienter kan det også være en ekstra utfordring å forstå helsepersonell som snakker dårligere norsk. Felles for både sykepleier og pasient er at slike situasjoner kan føles håpløse der de ikke forstår hverandre.

Av og til kan dårlig kommunikasjon føre til større problemer. Derfor er det politisk omdiskutert hvor strenge krav det bør være for dokumentasjon av språkkunnskaper for å kunne jobbe i det norske helsevesenet (Eian, 2023). Ved å innføre strengere krav kan helsepersonell ha et bedre grunnlag for å bygge videre på kunnskapen som trengs for å jobbe med denne pasientgruppen. Dette gjenspeiles i Helsepersonelloven (1999, §3 og §47) som stiller krav om faglig forsvarlig helsehjelp.

#### 4.1.2 Utfordringer med å tolke atferdsendringer som symptom på smerte

For personer med demens kan det av ulike årsaker være vanskelig å si ifra om smertene de kjenner på. I stedet kan smerte uttrykkes gjennom små eller store atferdsendringer. Flere kilder sier at dette kan være tilfellet i mange av situasjonene (Torvik & Sandvik, 2020; Granum et al., 2018; Midtbust et al., 2018; Burns & McIlfratrick, 2015; Monroe et al., 2015). Det er avgjørende at sykepleiere har kunnskaper som trengs for å fange opp atferdsendringer, og ferdighetene til å skille mellom utvikling av demens og smerte (Granum et al., 2018).

Patricia Benner's teori (1984, s. 36) kan brukes til å beskrive hvor viktig den kliniske kunnskapen som hun beskriver i teorien sin er for sykepleierne når de skal tolke komplekse atferdsmessige endringer, spesielt ved kommunikasjonssvikt hos demente. Fra sykepleiere sitt perspektiv kan endret atferd bli misforstått som noe annet enn smerte, for eksempel utvikling av sykdommen eller et uttrykk for umøtte behov eller mål (Rokstad, 2020a, s. 200). Gjennom erfaringer og kunnskap må de utvikle en avansert klinisk kompetanse for å kunne identifisere om atferdsendringer skyldes smerter eller annet ubehag, men også for å gjenkjenne subtile tegn på smerte (Benner, 1984). Dersom smertene ikke blir fanget opp kan det føre til en ond sirkel der pasienten viser aggressiv atferd som sykepleier ikke klarer å identifisere årsaken til, som gjør at pasienten går med ubehandlet smerte. Pasienten kan føle seg misforstått, og det kan føre til mer utagering siden de ikke klarer å si ifra (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399).

Samtidig stiller nasjonale faglige retningslinjer (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §4) krav til sykepleiere om kompetanse i fagfeltet. Dette gjelder både kunnskap om symptomer, forløpet, behandling og individ tilpasset omsorgstiltak for den enkelte pasienten.

Smerte anses å være en trigger for atferdsproblemer (Eriksen, 2020, s. 354). Dette samsvarer med funn i Midtbust et al. (2018, s. 4), Burns og McIlpatrick (2015, s. 483) og Monroe et al. (2015, s. 319) som i sine studier fant sammenheng mellom symptom på agitasjon og smerter. Pensum påpeker at flere smerteindikatorer hos eldre med demens kommer til syne gjennom atferd (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). I Midtbust et al. (2018, s. 4) sin studie observerte sykepleierne både de atferdsmessige og følelsesmessige endringene som Rokstad (2020a, s. 198) beskrev. I tillegg opplevde sykepleierne i studien til Midtbust et al. (2018, s. 4) at en pasient i det ene øyeblikket kunne komme med trusler og utøve fysisk eller psykisk vold, og i det neste rope i fortvilelse fordi hen har smerter.

Resultat fra studien til Burns og McIlpatrick (2015, s. 483) viste at sykepleierne faktisk hadde god generell kunnskap om smertekartleggingsverktøy, og god forståelse om at atferd som skyldes smerte kan ligne på atferd som skyldes demens, eller en forverring av sykdommen. Deltakerne som nylig hadde hatt kurs eller opplæring hadde mer oversikt og kontroll over smertekartlegging enn de uten. Selv om sykepleierne er klar over at atferdsendringer er høyt forbundet med smerte hos denne pasientgruppen, opplever 80% av norske sykehjemsbeboere med demens smerter daglig (Rostad et al., 2020). Det er altså utfordrende å faktisk forstå pasienten og tolke unormal atferd, og ofte kan sykepleiere være usikre på om de har smerter når det ikke er en åpenbar årsak (Burns & McIlpatrick, 2015; Midtbust et al., 2018; Monroe et al., 2015). Deltakere i studien til Burns og McIlpatrick (2015, s. 486) ønsker kurs og fagdager for å øke kompetansen om hvordan håndtere atferdsendringer.

#### 4.1.3 Utfordringer ved relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier

Å bygge relasjon til pasientene som sykepleier er viktig i demensomsorgen. I studiene til Monroe et al. (2015) og Midtbust et al. (2018) beskriver de betydningen av å kjenne pasienten, bygge tillitsfull relasjon og se den enkeltes behov for god smertekartlegging. Demenssykdommen er bare en liten del av et helt menneske, men sykdommen kan være omfattende og omsorgspersonene rundt kan glemme å lete etter pasienten bak sykdommen.

Ett av hovedutfordringene sykepleierne opplevde i den ene studien var når en pasient som hadde vært på avdelingen lenge måtte flyttes til en annen avdeling i sin siste del av livet (Midtbust et al., 2018, s. 5). Pasienten blir da helt fremmed for sykepleierne på den nye avdelingen, og det kan skape utrygghet hos pasienten. De opplevde flyttingen som vanskelig fordi de kjente pasienten sitt atferdsmønster, og kunne tolke atferdsmessige endringer som tegn på smerte. Dette kan også være en vanskelig situasjon for avdelingen som tar imot denne pasienten. Det kan bli utfordrende å identifisere smertetegnene og gi god smertebehandling. Vi har opplevd i både praksis og deltidsjobb at slike situasjoner medfører uro på avdelingen. Ofte bruker vi flere måneder på å bli kjent med pasientene, der utfordringer som demens, afasi og/eller dysartri forlenger denne prosessen.

Monroe et al. (2015) viste til lignende funn i sin studie som påpeker at det å kartlegge smerter er en omfattende oppgave. Det er viktig å bruke tid til å bli kjent med pasienten gjennom kollegaer, pårørende og journalnotat, men ikke minst gjennom å snakke med pasienten selv. På samme måte skriver Brorson et al. (2014) at det er relasjonsbaserte kunnskaper om pasientens typiske og atypiske atferdsmønster som er det vanligste grunnlaget for smertevurdering. Sykepleieren må tilbringe tid sammen med pasienten for å bli kjent og for å bygge en god relasjon. At pasienten er omringet av trygge mennesker kan skape en beroligende effekt (Heggstad, 2022). Sykepleiere kan bygge tillit ved å for eksempel vise empati, opptre rolig, anerkjenne pasienten sine følelser og prøve å sette seg inn i deres perspektiv (Rokstad, 2020b, s. 56). En viktig faktor for å få til denne typen pleie er at sykepleierne har tid og ressurser.

Studien til Burns og McIlpatrick (2015, s. 485) hevder at dårlig bemanning og tidspress var barrierer til best mulig smertehåndtering. Dette gjenspeiler tendenser vi kan se i norske sykehjem i dag. En artikkel fra Sykepleien skriver at det bare er tidsspørsmål før grunnbemanningen i sykehjemmene må økes før det går på bekostning av liv og helse, for både de ansatte og pasientene (Landstein (2021). I mange tilfeller ligger ikke omstendighetene til rette for å utøve ønskelig pleie fordi det er for lite bemanning og dermed dårligere tid hos hver pasient. Det hender at sykepleiere utfører en handling mot pasienten sin vilje med intensjon om pasienten sitt beste. Dette kan skape utrygghet hos pasienten og muligens skade relasjonen og tilliten pasienten har til helsepersonell. Slike hendelser kan være en hindring når en skal skape en god relasjon hos pasientene, og opprettholde den.

#### 4.1.4 utfordringer knyttet til kunnskapsbehovet og bruken av kartleggingsverktøy

Sykepleiere må til enhver tid ha nødvendig kunnskap om demens og smerte for å kunne gi god sykepleie til denne pasientgruppen. Kontinuerlig læring, refleksjon og tilpasning gjennom praksis understrekes i Benner's teori (1984). Teorien «Benner's stages of clinical competence» (1984, s. 31-34) beskriver at "expert" sykepleiere som har lang erfaring, vil ha bedre grunnlag for mer helhetlig smertekartlegging enn "novise" sykepleiere som kommer rett fra skolebenken. En "expert" vil ha en større forståelse for helhetsbilde og ta avgjørelser som baserer seg på flere faktorer. Som helsepersonell må vi alltid jobbe for å utvikle oss for å gi best mulig helsehjelp til pasientene våre. Imidlertid beskriver De Witt Jansen et al. (2018, s. 1349) at sykepleiere har manglende kunnskap om kartlegging av smerter, intensiteten og lokalisasjonen av dem, men også om bruken av smertekartleggingsverktøy. Dette er bekymringsfullt og står ikke i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer om Demens, som sier at pasientene har krav på at kvalifisert helsepersonell har forventet kunnskap om sykdommen slik at de kan gi tilpasset forsvarlig helsehjelp (Demens, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §3 og §47). Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om at eldre personer ofte opplever at flere ulike sykdommer oppstår samtidig (Eriksen, 2020, s. 354). Med riktig kunnskap kan helsepersonell lettere skille mellom atferd som skyldes demens eller psykiske symptomer knyttet til demens og atferd som skyldes smerter.

Observasjoner gjort gjennom kartleggingsverktøy er svært relevant og viktig for å avdekke symptomer på smerte (Eriksen, 2020, s. 353). I studien til De Witt Jansen et al. (2018, s. 1349) påpeker de at de som brukte smertekartleggingsverktøy hadde positiv erfaring gjennom raskere reaksjonstid og større forståelse for smerteopplevelsen til pasientene. Likevel var det gjennomsnittlig lav bruk av verktøyene i praksisutøvingen i to av de andre studiene (Monroe, 2015; Burns & McIlpatrick, 2015). Studiene viste at kartleggingsverktøy var dårlig tilpasset og mangelfullt, og derfor mindre brukt i smertekartleggingen av demente. Dette står ikke i tråd med Helsedirektoratet (2022) sine påstander om at kartleggingsverktøyene er utviklet spesielt for personer som har kognitiv svikt og utfordringer med selvrapporing. I tillegg skriver Torvik og Sandvik (2020, s. 405) at smertekartleggingsverktøy kan fange opp atferd som tegn på smerte med sviktende språkevne. Videre påpekes det at en må være kritisk til kartleggingsverktøy fordi smerte er en subjektiv opplevelse. Ren observasjon av atferd kan gi

feiltolkning av smertene og begrenser klinisk anvendbarhet, som er en utfordring i seg selv. Dette kan forklare hvorfor mesteparten av sykepleiere som ble intervjuet i studien De Witt Jansen et al. (2018, s. 1349) tvilte på den kliniske nytten, påliteligheten og gyldigheten av skåren. Skåren varierte ut ifra hvem som utførte kartleggingen, og de valgte heller å stole på egen klinisk kompetanse og skjønn fremfor å stole på kartleggingsverktøy.

Selv om klinisk blikk er viktig, viser teori at demente personer lever med smerter daglig. Det kan tyde på at de rutinene som blir brukt i dag ikke er gode nok (Rostad, 2020). For at smertekartleggingsverktøyene skal være et effektivt hjelpemiddel må sykepleiere bruke den konsekvent (Torvik & Sandvik, 2020, s. 403). Dette viser seg å ikke bli fulgt opp i praksis (Burns & McIlfatrick, 2015; Monroe et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2018). En må legge vekt på at det er nødvendig med tilstrekkelig opplæring av ansatte om bruken av hjelpemidlene (Eriksen, 2020, s. 354). Svarene fra kartleggingsverktøyene, det kliniske blikket og kunnskapen om den enkelte pasienten gir god smertevurdering.

Organisasjonsmessige forhold i helsetjenesten er en barriere for effektiv smertehåndtering i seg selv (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400). Ledelsen bør sikre sine ansatte tilstrekkelig kunnskap om fagfeltet. Imidlertid viser det seg at der er en mangel på engasjement og støtte fra ledere, samt manglende klare retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon (Torvik & Sandvik, 2020, s. 400). Dette kan være en av mange årsaker til utfordringer med å håndtere smerter hos eldre med demens. I tillegg er det for dårlige rutiner, som innebærer mangel på kontinuitet og for dårlig definert ansvar for smertebehandling. I studien til Burns og McIlfatrick (2025, s. 483) viser resultat at sykepleiere hadde generelt god kunnskap om hvordan smerter påvirker de med demens, men at det er mangel på kunnskap om hvordan smertehåndtere dem. Det kom frem at det var ønskelig med studiedager og kurs for å øke kunnskapen om korrekt smertehåndtering. Til tross for om ledelsen tilbyr opplæring og det er god kompetanse, er det til syvende og sist hver enkelt sykepleier sitt ansvar å anvende kunnskapen i sin tjenesteutøving.

## 4.2 Metodediskusjon

En litteraturstudie kan by på mange utfordringer. Fordelene med en litteraturstudie er at man kan tilegne seg mye kunnskap på kortere tid sammenlignet med en annen metode.



Utfordringer ved en litteraturstudie kan være vanskelighet med å systematisk søke etter litteratur. Det kan være vanskelig å finne relevant litteratur som svarer på problemstillingen.

Før vi gjennomførte det systematiske søket hadde vi en forventning om å finne mye relevant forskning på temaet, fordi vi fant mye teori. Vi ble likevel overrasket over hvor få artikler som hadde den vinklingen som var relevant til problemstillingen. Det er forsket mye om smerter og demens, men ikke om sykepleiere sitt perspektiv. Mange artikler var for gamle til å bli inkludert, som kan være tegn på at det er nødvendig med mer forskning på problemstillingen. Dersom vi hadde benyttet en annen metode der vi hadde undersøkt problemstillingen ved forskning, er det mulig at vi kunne fått andre funn enn resultatene i de inkluderte studiene.

Vi begynte søkene i Medline Ovid og CINAHL, som ligger nederst på kunnskapspyramiden. En kunne muligens funnet flere relevante artikler dersom vi hadde gjort systematiske søk i databaser som ligger høyere i pyramiden. En annen faktor kan være søkekombinasjonene våre. Vi gjorde mange systematiske søk med ulike søkeord og søkekombinasjoner, men mange av resultatene vi fikk stod ikke til inklusjonskriteriene. Vi fikk mange treff, men få som kunne inkluderes. Vi måtte gå gjennom hundrevis av artikler for å finne de som var relevante. Det er mulig at andre søkeord og søkekombinasjoner kunne ført til at vi fant andre artikler, som ville bedre belyst vår problemstilling.

### 4.3 Diskusjon av anvendt litteratur

Kilder som Sykepleien.no, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er utviklet for helsepersonell, og ved å bruke slike kilder, sikrer vi at teorien vi bruker er av kvalitet, relevans og oppdatert på temaet vi skriver om.

Det finnes flere svakheter blant artiklene. Tre av artiklene tar for seg helsevesenet utenfor Norge (De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlfatrick, 2015; Monroe et al., 2015). Det kan gjøre overførbarheten til norsk praksis mindre. To av artiklene tar for seg smertelindring hos personer med demens i palliativ fase (De Witt Jansen et al., 2018; Midtbust et al., 2018). Selv om vår problemstilling ikke omhandler palliasjon, vurderte vi artiklene som relevante siden de presenterer funn som kan anvendes i alt arbeid med pasienter som har demens. Studien til Burns og McIlfatrick (2015) hadde lav svarprosent, som kan føre til skjeve resultater og feilaktige konklusjoner. Det kan også medføre redusert pålitelighet og gyldighet av studien.

En svakhet med artikkelen til Midtbust et al. (2018), er at de oppgir indirekte bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder og stilling, som gjør det mulig å knytte opplysningene til enkeltpersoner (Dalland, 2022, s. 169). De skriver heller ingenting om samtykke fra deltakerne, mens de tre andre artiklene oppgir at de fikk skriftlig dokumentert samtykke.

## 5.0 Oppsummering

Hensikten med dette litteraturstudiet har vært å identifisere og diskutere hvilke utfordringer sykepleiere opplever når de skal kartlegge personer med demens for smerter. Teori og forskning har vist at en stor andel av sykehjemsbeboere med diagnosen demens, lever med daglige smerter. Når selvrapporing av smerter blir en utfordring, må sykepleiere jobbe på en unik måte for å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Det viste seg at atferdsmessige endringer i mange tilfeller er tegn på smerte, som noen sykepleiere var klar over i enkelte sykehjem. I tillegg viste det seg at sykepleiere som regel ikke brukte smertekartleggingsverktøy. Årsakene til dette varierte, men det var tydelig at det var lav gjennomsnittlig kunnskap om smertekartlegging. I stedet valgte sykepleiere å heller stole på sitt kliniske blikk, som har blitt sett i sammenheng og tolket med Patricia Benner's teori «stages of clinical competence», som handler om klinisk kompetanse. Det er også behov for mer bemanning på sykehjemmene for at sykepleierne skal få nok tid til hver enkelt pasient.

Vi håper at funnene i dette litteraturstudiet kan bidra til å øke bevisstheten om utfordringene sykepleierne har i arbeidet med demens-pasienter. Det er viktig å skape et trygt arbeidsmiljø som åpner opp for faglige endringer i allerede eksisterende rutiner. Ved å sikre god kunnskap om demens og smertekartleggingsverktøy tilpasset pasientgruppen, samt god opplæring, kan det bidra til tidligere og bedre smertehåndtering. Økt bemanning og kompetanse på sykehjemmene kan mulig løse utfordringene knyttet til tidspresset, som kan være årsaken til noen av utfordringene sykepleierne opplever. Videre bør sykepleiere ha søkelys på å lete etter selve mennesket bak demenssykdommen, for å gi helhetlig omsorg til pasientene på sykehjemmene.

## Referanser

- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Breivik, H. (2023, 27. februar). *Smerte hos eldre og gamle er vanlig og ofte vanskelig å behandle*. Oslo universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/e-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/smerte-hos-eldre-og-gamle-er-vanlig-og-ofte-vanskelig-a-behandle/>
- Brorson, H., Plymoth, H., Ormon, K. & Bolmsjo, I. (2014). Pain relief at the end of life: Nurses' experience regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315-323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>
- Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International journal of palliative nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg). Gyldendal.
- Demens. (2019, 27. november). *Lovverk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/demens#lovverk>
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., Morgan, S. M., Watson, M. & Parsons, C. (2018). “A tool doesn't add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tool 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>
- Eian, Ø. (2023). Frp vil ha strengere språkkrav i helsevesenet- får støtte fra NSF. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2023/08/frp-vil-ha-strengere-sprakkrav-i-helsevesenet-far-stotte-fra-nsf>
- Eriksen, S. (2020). Lindrende behandling til personer med demens. (I A. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg., s. 341-366). Cappelen Damm AS.
- FHI. (2022, 22. april). *Slik oppsummerer vi forskning: Søke etter litteratur*. FHI. <https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/metodeboka/framgangsmate/soke-etter-litteratur/?term=>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
- Granum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B. A. R. (2018). Hvordan skal vi gi bedre pleie til pasienter med demens? *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/hvordan-kan-vi-gi-bedre-pleie-til-pasienter-med-demens>

- Grimstad, S. M. (2021). Demensomsorg: - Noen må ta ordet! *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/meninger/2021/04/demensomsorg-noen-ma-ta-ordet>
- Heggestad, A, K, T. (2022). Gode relasjoner kan hindre tvang i demensomsorgen. *Sykepleien*, 2022;110(89957):e-89957. [10.4220/Sykepleiens.2022.89957](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89957)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2019). *Om Demensplan 2025* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 19. mars 2021, lest 22. februar 2024). Tilgjengelig fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/demens/demensplan-2025>
- Helsedirektoratet. (2022, 11. mai). *13. Lindrende behandling til personer med demens: Personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør vurderes for smerte.*  
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2023). *Om helsepersonellens språkkompetanse*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ansettelse-av-helsepersonell/arbeidsgivers-ansvar/om-helsepersonellens-sprakkompetanse>
- Helvik, A. S., Bergh, S., Saltyte Benth, J., Selbeak, G., Husebo, B. S. & Tevik, K. (2022). Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of live. *Aging & mental health*, 26(9), 1787-1797.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>
- IASP. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. International association for the study of pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. A. (2020). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 398-423). Gyldendal.
- Kunnskapsbasertpraksis. (2017, 16. juli). *4.5 Tverrsnittstudie*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-45-tverrsnittstudie>
- Kunnskapsbasertpraksis. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklistor*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

- Kunnskapsbasert praksis. (2021, 30. september). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Kunnskapsbasert praksis. (2022, 31. august). *4.4 Kvalitativ metode*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-44-kvalitativ-metode>
- Landstein, L. J. (2021). Bemanningen på sykehjemmene må økes. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/bemanningen-pa-sykehjemmene-ma-okes>
- Midtbust, H. M., Alnes, R. E., Gjengedal, E & Lykkeslet, E. (2018). A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BMC Palliative Care*, 17(1),25. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0282-8>
- Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Nasjonalforeningen for folkehelse. (2024, 30. januar). Symptomer og tidlige tegn på demens. Nasjonalforeningen for folkehelse. <https://nasjonalforeningen.no/demens/symptomer-og-tidlige-tegn/>
- NHI. (2023, 10. november). *Demens*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt?page=all>
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang?: En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. & Smebye, K. L. (2020). *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg.). Cappelen Damm AS.
- Rokstad, A. M. M. (2020a). Utfordrende atferd. I A. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg., s. 196-219). Cappelen Damm AS.
- Rokstad, A. M. M. (2020b). Personsentrert omsorg. I A. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg., s. 51-69). Cappelen Damm AS
- Rostad, H., Grov, E., Utne, I., Halvorsrud, L. (2020). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleieren Forskning*. 2019;14(79184):e-79184. <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/kjennetegn-ved-sykehjemsbeboere-med-langtkommen-demens-og-smerter>
- Rådet for sykepleietikk. (2023, mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

- Sandvik, R. K. N. M. (2020). *Slik vurderer du smerte hos personer med demens*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2020/02/slik-vurderer-du-smerte-hos-personer-med-demens>
- Selbæk, G. (2023). *Demens: Alt du bør vite om demenssykdommer og hvordan de kan hindres*. Kagge Forlag AS.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 398-423). Gyldendal.
- Sommerfeld, K. & Rosenberg, A. (2019). Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling? *Sykepleien*. 2019;107(74962):e-74962. <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/hvordan-unnga-sprakvansker-forer-til-feilbehandling>
- Søk & Skriv. (2024, 15. februar). *Hvordan søke systematisk*. Søk & Skriv. <https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html>
- Thidemann, I. H. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 398-412). Gyldendal.
- Universtitet i Agder. (2024). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*. <https://mesh.uia.no>
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg., s. 86-113). Cappelen Damm AS.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: PICO

	<b>P - Populasjon</b>	<b>I - Interesse</b>	<b>Co - Kontekst</b>
<b>Norske søkeord</b>	Demens Sykehjem	Smertekartlegging Smertevurdering	Sykepleierne sine holdninger Sykepleierne sin kunnskap
<b>Engelske søkeord</b>	Dementia Nursing home Long term care facility	Pain assessment Pain measurement	Nurse knowledge Nurse attitude Nurse Nurse experience

## Vedlegg 2: MeSh med engelsk søkeord

<b>Søkeord på norsk:</b>	<b>Emneord på Engelsk:</b>
Demens	Dementia
Smertevurdering	Pain measurement
Smertekartlegging	Pain assessment
Smerte	Pain
Sykepleiere kunnskap	Nurs knowledge, nurs experience, nurs attitude
Sykehjem	Nursing home, age specific care

## Vedlegg 3: Inklusjon og eksklusjonskriterier

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Land</b>	Studier fra land som kan overføres til Norge	Studier fra land med lav overførbarhet til Norge
<b>Språk</b>	Artikler på engelsk eller skandinavisk	Artikler på andre språk
<b>Publikasjonsår</b>	Artikler fra det siste tiåret	Artikler publisert før 2014
<b>Kilde</b>	Primærkilde	Sekundærkilde
<b>Artikkeltype</b>	Kvalitativ eller kvantitativ	Litteraturstudier eller fagartikler
<b>Oppsett</b>	IMRaD-modellen	Ikke IMRaD-modell
<b>Annet</b>	Sykehjem	Sykehus

## Vedlegg 4: Søkehistorikk

### Systematisk søk i CINAHL

<b>Database:</b> CINAHL <b>Dato for søk:</b> 26.02.24 «MH»=emneord, «<»=tekstord, *=trunkering			
<b>SØK #</b>	<b>SØKEORD/ KOMBINASJON</b>	<b>ANTALL TREFF</b>	<b>ARTIKLER INKLUDERT</b>
1	“dementia” OR (MH) Dementia OR “nursing home” OR (MH) age specific care OR age specific care	111,901	
2	“pain” OR (MH) pain OR (MH) Pain measurement OR “pain measurement” OR “pain assessment”	363,925	
3	“nurs*” OR (MH) nursing knowledge OR “nurs* knowledge” OR “nurs* experience” OR nurs* attitude	931,692	
4	#1 AND #2 AND #3	2,151	
5	#4 AND limiters 2014-2024 AND peer reviewed	789	Artikkel 1, 2, 3 og 4

### Systematisk søk i Medline Ovid

<b>Database:</b> Medline Ovid <b>Dato for søk:</b> 27.02.24 «/»=emneord, «.mp»=tekstord, *=trunkering			
<b>SØK #</b>	<b>SØKEORD/ KOMBINASJON</b>	<b>ANTALL TREFF</b>	<b>ARTIKLER INKLUDERT</b>
1	Dementia/ OR dementia.mp OR nursing home.mp OR age specific care.mp	189,532	
2	Pain/ OR pain.mp OR Pain assessment.mp OR pain measurement.mp OR pain measurement/	908,376	
3	Nurs*.mp OR Nurs* attitude.mp OR Nurs* knowledge.mp OR nurs* experience.mp	830,794	
4	#1 AND #2 AND #3	1,920	
5	#4 AND limiters 2014-2024	1,043	Artikkel 1, 2, 3 og 4



## Vedlegg 5: Litteratormatrise

Side 1 av 2

Forfatter, år	Burns & McIlfratrick, 2015	De Witt Jansen et al., 2018	Midtbust et al., 2018	Monroe et al., 2015
<b>Tittel</b>	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tool with patients with advanced dementia approaching the end of life – a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives	A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia
<b>Hensikt</b>	Å se på sykepleiers kunnskap og holdning knyttet til smertevurdering hos pasienter med demens på sykehjem.	Å utforske helsepersonell sin bruk av smertekartleggings-verktøy hos døende pasienter med langtkommen demens og deres perspektiv på opplæringsbehov og faglig utvikling.	Å utforske og avklare helsepersonell sin erfaring med å gi palliativ omsorg til personer med alvorlig demens på sykehjem.	Å se på sykepleiere sine metoder for å identifisere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens.
<b>Metode</b>	Tverrsnitt-undersøkelse ved bruk av spørreskjema	Kvalitativ studie ved bruk av semistrukturert intervju på tomannshånd	Kvalitativ studie ved bruk av fenomenologisk tilnærming med dybdeintervjuer	Kvalitativ studie ved bruk av fokusgruppeintervju
<b>Utvalg</b>	96 sykepleiere fra 17 sykehjem i Storbritannia. Deltakere må ha jobbet minst 6 måneder på sykehjemmet og utført regelmessig pleie for pasienter med demens.	23 leger og 24 sykepleiere fra 10 sykehjem, 5 fastlegekontor, 6 sykehus og 4 hospice fra Nord Irland. Deltakerne måtte ha erfaring med pasientgruppen.	13 sykepleiere og 7 helsefag-arbeidere fra 4 norske sykehjem. Deltakere hadde gjennomsnittlig 18 år med relevant jobb erfaring.	29 sykepleiere fra to sykehjem fra Tennessee. Sykepleierne måtte ha ansvar for håndtering av smerte for å delta.
<b>Resultat</b>	Sykepleiere rapporterte utfordringer knyttet til dårlig bemanning, stort tidspress, og problematikk knyttet til observasjon av endring i atferd.	13 av 24 sykepleiere brukte ikke smertekartlegging-verktøy grunnet tvil på den kliniske nytten. Behov for opplæring og generell oppkvalifisering av helsepersonellet.	Utfordringer med å forstå pasientens lidelser, tilstrekkelig smertelindring, å ta hensyn til pårørende, og uenighet om når pasienten skal flyttes til en annen avdeling.	Høyere atferds tegn på demens kunne ofte antyde smerter. Viktig å kjenne pasienten for å identifisere og lokalisere smerter.

				Utfordrende å ta hensyn pårørende sine ønsker.
<b>Annet</b>	Spørsmålene i spørreskjemaet er tilpasset fra en tidligere forskning av Barry et al. (2012). Lav svarprosent (32 av 96). Etisk godkjent.	En del av et arbeidsprogram ved School of Pharmacy, Queen's University Belfast.  Etisk godkjent.	Dårlig forhåndsinformasjon til deltakerne. Mulig selektiv utvelgelse av deltakere fra leder  Godkjent av Norsk senter for forskningsdata.	Deltakere mottok et gavekort på \$30,00 hver som kompensasjon for deltakelse.  Godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Boards.

Side 2 av 2