



Bachelorgradsoppgave

Omsorg og smertelindring til eldre med demens innlagt i sykehus.

Care and pain relief for hospitalized old people with dementia.

Åse Marie Kollevoll

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i helsefag.
Avdeling Levanger.

Høgskolen i Nord-Trøndelag -2015.

0



Abstrakt

Introduksjon: Det har vært en økende vekst i verden av personer med diagnosen demens og dette betyr et hyppigere møte med denne pasientgruppen på sykehus. Studier har vist at personer med demens har fått mindre smertelindring en personer uten kognitiv svikt og at det er behov for mer kunnskap om smertelindring, om demens som sykdom og symptom behandling.

Hensikt: Denne litteraturstudien ønsket å utforske sykepleieres kunnskaper, holdninger og utfordringer ved omsorg og smertelindring til personer med moderat til alvorlig demens i sykehus, og hva som påvirket dette.

Metode: Litteraturstudien var allmenn, og den inneholder resultater fra 15 primærartikler som har blitt analysert og kritisk gransket med mål om å besvare hensikten.

Resultat: Det ble funnet kategorier innen omsorg og smertelindring som omhandlet kunnskap, holdninger og utfordringer i forhold til hovedtema. De fleste resultatene viser til mangler og utfordringer som sykepleiere står ovenfor i møte med demente pasienter.

Diskusjon: Resultatene ble diskutert i opp mot teori innen fagområdene, samt oppsummert forskning og aktuelle fagartikler.

Konklusjon: Resultatene viser at det fremdeles er en vei å gå for å bedre smertelindring og omsorg til demente i sykehus. Manglende kunnskaper om sykdommen, vansker med å kommunisere og å tolke adferd, bidrar, sammen med dårlige rutiner med smertekartlegging, til at demente mange steder ikke får den smertelindringen de har behov for.

Nøkkelord: Dement, kartlegging, smerte, smertevurdering, sykehus, sykepleie

Antall ord: 9923

Innhold

1.	INTRODUKSJON.....	3
1.1	Hensikt.....	5
2.	METODE.....	6
2.1.	Fremgangsmåte.....	6
2.1.	Etiske overveielser	11
3.	RESULTAT	12
3.1.	Kunnskap.....	12
3.2.	Holdninger	13
3.3.	Utfordringer	15
4.	DISKUSJON	17
4.1.	Kunnskapen.....	17
4.2.	Holdningene	23
4.3.	Noen utfordringer	25
4.1.	Metodediskusjon	27
5.	KONKLUSJON	29
	LITTERATUR	30
	VEDLEGG 1	35
	VEDLEGG 2	37

1. INTRODUKSJON

Antallet eldre stiger, og dermed også antall med diagnosen demens (Berentsen, 2010; Romøren 2010). 47.5 millioner har demens på verdensbasis og det er 7.7 millioner nye tilfeller hvert år. I verden er demens en av de største årsakene til uførhet og avhengighet av hjelp blant eldre (WHO, 2015). I 2009 var forekomsten av personer med demens i Norge om lag 70 000 og det forventes 10 000 nye tilfeller hvert år (Husebø, 2009). Det regnes med at 45-89 % av gamle med demens lider av smerte til enhver tid og at 80 % har utfordrende adferd som kan være relatert til smerte (Husebo et al., 2012).

Det kan være vanskelig å identifisere smerte hos personer med demens (Cunningham, 2005; Helsedirektoratet, 2007) og mange undersøkelser viser at særlig gamle med kognitiv svikt og personer som ikke kan formidle sin smerte, ikke får tilfredsstillende smertebehandling (Bjørø & Torvik, 2010; Bruneau, 2014; Galek & Gjertsen, 2011; Husebo et al., 2012; Prowse, 2006; Weitzel et al., 2011). Tidligere studier viser i tillegg at det i sykehus var manglende rutiner for smertekartlegging (Bjørø & Torvik, 2008). Nettopp derfor krever et økende antall eldre med demens, forberedelser av helsepersonell både med fagkunnskap og praktisk kompetanse (Cunningham, 2005). Dette fremhever også at det er behov for gode rutiner for observasjon og lindring av smerte (Bjørø & Torvik, 2008, 2010).

Demens er, ifølge Verdens Helse-organisasjon (WHO) (2015), et syndrom der det skjer en forringelse av hukommelse, tenkning, oppførsel og evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter (WHO, 2015).

Demens typer deles inn ut i fra sykdommen og skaden som forårsaker demens (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Noen former synes primært å ramme kognitive funksjoner, mens andre tidlig gir emosjonelle, adferds- og personlighetsendringer. Med tidens løp vil det være vanskelig å skille de ulike formene (Gjerstad et al., (2013). 72% av demens formene er Alzheimer, deretter kommer vaskulær demens som utgjør 17%. Resterende utgjør frontotemporallappdemens, Lewy-legemer demens og alkohol induisert demens. De ulike demens typene trenger ulik tilnærming (Engedal &Haugen (2009b, 2009d).

Ved *moderat demens* har personen vansker med å danne seg et klart bilde av hva som skjer. Dette kan gjøre tilværelsen kaotisk. Hverdagslige aktiviteter som for eksempel påkledning, matlaging og så videre kan bli for komplisert. Kommunikasjonen begynner å svikte (Berentsen, 2010).

Ved *alvorlig demens* husker vedkommende bare bruddstykker av sitt liv, sier Berentsen (2010). Vedkommende kjenner heller ikke igjen sine nærmeste. Orienteringsansen for tid, sted og situasjon er manglende og forståelse for hva andre sier kan være vanskelig. Ordforrådet er også svært begrenset. Det er usikkert om pasienten greier å tolke sansesinntrykk på grunn av kaosopplevelse og manglende evne til å sortere stimuli. Pasientene er avhengig av døgnkontinuerlig hjelp sier Berentsen (2010).

Vanlige symptomer ved demens:

Kognitive funksjoner: Svekket oppmerksomhet, svekket læringsevne og hukommelse, svekket språkevne, ordleting, redusert taleflyt), apraksi, handlingssvikt, agnosi, svekket forståelse av handling i rom, svekkede intellektuelle evner.

Atferdsmessige funksjoner: Depresjon og tilbaketrekking, angst, panikkangst, katastrofereaksjoner, vrangforestillinger og illusjoner, hallusinasjoner, Personlighetsendring, rastløshet, motorisk uro, vandring, apati, interesseløshet, irritabilitet, aggressivitet, repeterende handlinger (hamstring, roping), forandret døgnrytme

Motoriske funksjoner: Muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens.

(Engedal & Haugen, 2009c).

De nevrologiske endringene som opptrer i forbindelse med demenslidelse kan endre smertepersepsjonen ved den enkelte type demens som betyr at det kan være vanskelig å postulere hvordan demens med blandingstype vil kunne reagere på smertestimulus (Nygaard 2012). Personer med demens vil ettersom sykdommen utvikler seg ha problemer med å beskrive smerte med ord (Bjørø & Torvik, 2010), eller gjenkjenne annen ubehag som forårsaket av smerte. De vil ha vansker med å sammenlikne og gradere smerte (Kelly, Siegler & Reid, 2008) Demente personer vil ofte ikke kunne huske på å be om å få mer smertelindring når de skal i aktivitet. De vil heller ikke gjenkjenne sideeffekter av medisiner, og dette kan forårsake inadekvat smertelindring (Kelly et al., 2008).

Sykepleieren har en sentral rolle i smertelindring til eldre ved å observere og evaluere iverksatte tiltak (Bjørø & Torvik, 2010; Galek & Gjertsen, 2011). Tilnærmet smertefrihet er målet (Holm & Kummeneje, 2009b). Sykehus innlagte pasienter med demens kan gjerne ha både kroniske og akutte smerter sier Cunningham, (2005) og Weitzel et al. (2011). Når personer med demens kommer akutt til sykehus, befinner seg i et fremmet miljø, med sykepleiere som ikke kjenner deres normale daglige rutiner, er det en høyere risiko for at de utvikler delirium, fall, dehydrering, manglende ernæring, ubehandlet smertelindring (Weitzel et al., 2011).

International Association for the Study of Pain (IASP) har definert "smerte" som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Nygaard, 2012). Smerte beskrives som en tilstand pasienten er i, men må ikke forstås ut i fra konsekvenser den gir (Nortvedt og Nasset, 1997). Smerten er subjektiv og oppleves ulikt fra person til person (Bjørø & Torvik, 2010; Nygaard, 2012; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren & Merkel, 2011; Holm & Kummeneje, 2009a). Tidligere erfaring, alder, angst, kultur, sykdom og prognose har innflytelse på smerte (Holm & Kummeneje, 2009a). Smerten defineres som kronisk når den har en varighet over 3 måneder og den kan være vanskelig å utrede (Nygaard, 2012). Akutte smerter er forsvarsmekanismer

som varsler om en truende eller aktuell vevsskade og årsaken lar seg gjerne lett identifisere (Nygaard, 2012).

Konsekvenser av ubehandlet smerte kan hos eldre kan medføre økt fare for inaktivitet, forsinket mobilisering og forlenget sengeleie som blant annet kan gi komplikasjoner som pneumoni og dyp venetrombose (Bjørø & Torvik, 2010). Risikoen for utvikling av delirium øker (Engedal & Haugen, 2009a; Vaurio, Sands, Wang, Mullen & Leung, 2006). I ytterste Konsekvens kan det medføre vedvarende kroniske smerter (Holm & Kummeneje, 2009a; Wøien & Strand, 2008).

Det er utprøvd flere typer kartleggingsverktøy for observasjon av adferd (Bjørø & Torvik, 2010; Husebo et al., 2012; Nygaard, 2012; Snow & Shuster, 2006). De fleste smertekartleggingsverktøy for demente er valide (Snow & Shuster, 2006), men noen har svakheter med å skille mellom psykologisk uro og smerte adferd (Bjørø & Torvik, 2010), men anbefales likevel å tas i bruk (Hadjistavropoulos et al, 2014). Det er viktig å poengtere at de indikerer tilstedeværelse av smerte og ikke smerteintensitet (Bjørø & Torvik, 2010; Kaasalainen, 2007) og det vil være et behov for ytterligere utredning (Galek & Gjertsen, 2011). I sykehus brukes hovedsakelig selvrappert ved bruk NRS (numerisk skala) der pasienten skal beskrive smerte fra 0-10 og VAS (visuell analog skala) der pasienten skal krysse av på en linje hvor mye smerte han opplever (Bjørø & Torvik, 2010). For de som ikke kan selv-rapportere smerter like godt, kan en verbal skala med beskrivende adjektiver eller en ansikts smerte skala brukes, sier Bjørø og Torvik (2010).

Noe av omsorgsansvaret ved god smertelindring forutsetter at personalet har fagkunnskap, kjennskap til pasienten og at der er god kommunikasjon (Bjørø og Torvik, 2010). Sykepleieteoretiker Kari Martinsen sier at omsorg utgjør grunnlaget i sykepleien og at omsorgsarbeidet er vesentlig rettet mot ikke selvhjulpne personer og syke eller pleietrengende (Kristoffersen, 2012b).

Denne litteraturstudien har et sykepleier perspektiv, med det ønske å utforske de ulike dimensjonene ved sykepleieres omsorg og smertelindring til eldre personer med moderat til alvorlig demens. Antallet personer med demens er økende (WHO 2015; Husebø 2009) og de vil være en selvfølgelig del av pasientgruppen. Derfor er det behov for økt kunnskap og kompetanse om sykdommen demens og hvordan omsorg kan gis på best mulig måte (Cunningham, 2005).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske sykepleieres kunnskaper, holdninger og utfordringer ved omsorg og smertelindring til personer med moderat til alvorlig demens i sykehus, og hva som påvirker dette.

1. METODE

1.1. Fremgangsmåte

Dette er en allmenn litteraturstudie. Formålet med en slik studie er å sammenstille en beskrivende bakgrunn som kan motivere til å gjøre en empirisk studie eller beskrive kunnskapsgrunlaget innen et spesifikt område, sier Forsberg og Wengstrøm (2014a). Denne litteraturstudien er basert på gjennomgang av forskningsartikler fra 2005 og frem til i dag. Til sammen er det funnet 15 primærstudier. Dette er studier som utgir ny kunnskap for første gang, med krav om at metoden som er anvendt skal kunne etterprøves, sier Dalland og Tygstad (2012). Artikkene i studien er funnet via søk i databasene Medline, Cinahl, og Sykepleien forskning. Det har vært fokus på å finne resultater av kvalitativ forskning, da denne tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012b). Kvantitativ forskning er også tatt med for å hente frem det målbare som viser et omfang av noe. Til sammen bidrar de ifølge Dalland (2012b), til å se en større helhet og gi en bedre forståelse av grupperes handlinger.

Medline er en anerkjent database som er kjent som hovedkilden til biomedisinsk litteratur. Den representerer et bredt artikkelutvalg som omfavner mer enn 15 millioner artikkel referanser fra om lag 5000 vitenskapelige tidsskrifter publisert i rundt 70 land (Polit & Beck 2012b).

Cinahl er en annen nyere database hvor artikkelutvalget er rettet mer mot sykepleiefag og andre helsefag. Den har et tidsskrifts grunnlag på om lag 3000 og de inneholder rundt 1 millioner referanser fra 1981 og frem til i dag. Denne databasen formidler også abstrakt fra de fleste andre nettsider, sier Polit og Beck (2012b).

Sykepleien Forskning er en norsk vitenskapelig kanal, som formidler forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, med en database som bidrar med kritisk forskningsformidling der artikkene er fagfelleurdert (sykepleien Forskning, 2015).

I begynnelsen av studiet ble det valgt en hensikt som ble utgangspunkt for flere søk i databasene Medline, Cinahl, Swemed+ og Sykepleien Forskning. Dette ble gjort med ulike søkekombinasjoner med to eller tre av hoved termene; smerte, sykepleie, demens og sykehus. Det ble valgt å begrense til artikler med abstrakt, full tekst og perioden 2005 til nåværende. Dette var for å få en oversikt over resultat massen. I Sykepleien Forskning ble også «fagfellevurdering» og «forskningsartikkel» lagt til som

kriterier. Hovedårsaken til dette valget var at dette er en mindre database som ikke skiller tydelig på fagartikler og forskningsartikler og at fagfelleverdert ble ansett som en kvalitetsbedømmelse.

Underveis i søkeprosessen ble det behov for å vinkle fokus mot sykehusinnlagte, «moderat» til «alvorlig» demente, med mindre evne til å formidle sin smerte, i sykehus. Årsaken til dette var manglende funn om smertebehandling til demente i sykehus. Omsorg til demente ble også en del av emnet. Det hjalp å spesifisere søket ved å bruke andre synonymer og termer og for å skille ut emneområde. MeSH-termene (Medical Subject Headings) og underordnede termer (subheadings) kan brukes slik (Forberg & Wangstrøm, 2014b). Søket ble også begrenset ved å kombinere søke ord med «and» og det gav et mindre utvalg. For eksempel kunne kombinasjon av «pain» «and» «dementia» gi et søk som valgte ut forskning som inneholdt begge temaene.

De utvalgte artiklene ble først vurdert ut ifra tittel, og siden etter å ha vurdert type forskning og lest abstrakt. Artiklene ble gjennomlest flere ganger for å få best mulig forståelse om hensikten og for å unngå å feiltolke resultatene. Det ble vektlagt relevans i forhold til denne litteraturstudiens hensikt. Dette innebar blant annet at kvalitativ forskning måtte ha en nordisk kulturlikhet eller en kultur nøytralitet, slik at forfatteren ikke skulle kunne mistolke innholdet. Det var også viktig at artiklene hadde en god struktur, var etisk vurdert og at forfatteren hadde en bakgrunn innenfor området. Resultatet i studien er originalartikler med disse kriteriene og fortrinnsvis artikler som er fagfelleverdert, som ifølge Dalland & Tygstad (2012) innebærer at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet.

I denne litteratur studien hadde forfatter en førforståelse om at demente i sykehus er en utfordring. Det har ikke vært til hensikt å fremme denne tolkningen i utvelgelse av resultat og forhåpentligvis viser utvalget og resultater en objektivitet i forhold til dette.

Inkluderte artikler:

Søketabell over valgte artikler er illustrert i egen tabell (vedlegg 1.) som viser kildedata med søkeord, avgrensninger og oversikt over utvalgte og ekskluderte artikler.

Tabell 1: Eksempel på oversikt over inkluderte artikler:

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Cinahl 17.04.15	Periode 2005-2015, abstrakt, full tekst, forskningsartikkel, Fagfelleverdert	MH Dementia and Mh attitude or (MH nurse attitude), and MH dementia	10	3* 6**	2***	1	1

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: Antall artikler som er lest i sin helhet.

(Se vedlegg 1).

Utvalg og granskning av artikler:

Tabell 2: Utsnitt fra: Utvalg og granskning av artikler.

Kilde/år /tittel / Land	Studiens hensikt	Design/Intervensjon /instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Brorson et al. (2012) Pain Management Nursing Pain Relief at the End of Life: Nurses Experiences regarding End-of-Life Pain Relief In Patients with Dementia. Sverige	Å beskrive sykepleieres erfaring i smertelindring til demente ved livets slutt.	Kvalitativt intervju, Beskrivende og utforskende.	Av 8 sykepleiere valgte 6 å delta.	Meninger om forutsetninger for god smertelindring; Å kjenne pasientens livshistorie, profesjonell erfaring. Godt team arbeid, med god kommunikasjon, og bruk av kartleggingsverktøy.	Fagfellevurdert, godkjent av etisk komité.

(Se vedlegg 2).

Analyse:

Granskingen av de utvalgte artiklene viser resultater som svarer til litteraturstudiens hensikt. Disse plukkes i fra hverandre og settes sammen som meningsbærende enheter kalt sub-kategorier. Dalland (2012c) sier at oppdeling vil hjelpe med å få tak i de enkelte sidene av en sak. Noen av disse sub-kategoriene har felles trekk som gjør at de igjen kan inndeles i delkategorier. Noen av disse delkategoriene har et felles hoved tema som blir kategorier. Disse kategoriene vil kjennes igjen som overskrifter der delkategoriene er undertitler. Tabellen nedenfor viser et eksempel på slik kategorisering.

Tabell 2: Eksempler på inndeling i sub-kategorier, delkategorier og kategorier.

Sub-kategorier	Del-kategorier	Kategorier
Å smerte-kartlegge eldre med demens ble av et betydelig antall sykepleiere sett på som vanskelig. Manglende kunnskaper i smertelindring til demente var en av utfordringene, en annen var at demente var i risiko for å skade seg selv ved at de glemte forholdsreglene og noen ganger motsatte seg behandlingen som igjen kunne påføre dem smerte slik at de ble mer forvirret. Noen spurte pårørende om hjelp.	<ul style="list-style-type: none">- Smerte- Observasjon og kartlegging- Tverrfaglig arbeid- Pårørende	Kunnskaper om smertelindring

1.1. Ethiske overveielser

Utvelgelse av artikler:

Ethiske overveielser handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører og hvordan dette kan håndteres, sier Dalland (2012a). Dette innebærer blant annet at forskningsresultatene skal være troverdige og at personvernet til forskningsdeltagerne er ivaretatt, sier han. Ved valg av forskningsartikler er Polit og Becks (2012a) retningslinjer for kritikk av etiske aspekter ved forskning vært sjekkpunkter for kvalitet og troverdighet i artiklene. Retningslinjene sier at forskningen og metoden skal være godkjent av en etisk komite. Studiedeltagerne skal være trygge og godt ivaretatt. Ingen skal delta på grunn av fordeler. Forsker(e) skal ikke ha brukt sin innflytelse for å få deltagere, men basere den på frivillig deltagelse med bruk av informert samtykke og konfidensialitet (Polit & Beck, 2012a).

Redelighet hos forfatter:

Det er i denne studien foretatt etiske overveielser i bruk av data i resultatet, slik som Forsberg og Wengstrøm (2014b) anbefaler. De sier det er viktig å velge studier som er etisk godkjente av en etisk komite eller at en etisk overveielse er blitt presentert. Forfatteren skal også redegjøre for alle artiklene som benyttes i litteraturstudien og disse skal tas vare på i to. De påpeker at resultatene skal presenteres uavhengig og ikke støtte opp under en hypotese. Forsberg og Wengstrøm (2014a) viser til en definisjon om fusk i vitenskapelige utredninger fra Vetenskapsrådet (2007) som påpeker at avvik fra god vitenskapelig skikk er; fabrikkering, tyveri eller plagiering av data, hypoteser eller metode uten å benevne kilde eller forvrengning av forskningsprosessen på noen måte. Eksempler kan være å feilaktige inklusjoner eller eksklusjoner av data eller misvisende analyse av data som forvrenger tolkningen (Forsberg & Wengstrøm, 2014a). Faren for dette er tatt med i betraktning når det er blitt analysert og foretatt et utvalg av data til resultatet. Forfatter har etter beste evne forsøkt å være objektiv i utvalget og på ingen måte tilpasset innholdet for oppnåelse av noe i sin egen eller andres favør.

2. RESULTAT

2.1. Kunnskap

Omsorgen:

Det var mangler i kunnskap og evner til å gi om omsorg til demente gjorde omsorgen vanskelig (Baillie, Cox & Merritt, 2012, Brorson, Plymoth, Årmon & Bolmsjö, 2014) og da var emosjonelle behov nevnt (Baillie et al., 2012). Kommunikasjonen var også vanskelig (Baillie et al., 2012; Brorson et al., 2014; Borbasi, Jones, Lockwood & Emden, 2006; Lindberg & Engström, 2011) samt å lese adferden deres (Brorson et al., 2014; Borbasi et al., 2006; Lindberg & Engström, 2011). Det var usikkerhet om hvordan de skulle håndtere adferd hos demente pasienter (Baillie et al., 2012). Det var vansker med å dekke dementenes grunnleggende behov fordi de ikke uttrykker dem, men i stedet blir urolige (Borbasi et al., 2006).

En god relasjon til pasienten ble anerkjent som viktig i mange studier (Brorson et al., 2014; Lindberg & Engström, 2011; Nolan, 2007). Det ble vektlagt å møte de ulike individuelle behovene til demente. God omsorg gav tillit mellom sykepleier og pasient slik at pasienten lettere ville betro seg til sykepleier (Nolan, 2007) og det gjorde det lettere å forstå og tolke pasientens individuelle signaler (Brorson et al., 2014). Det var meninger om at realitetsorientering kunne øke forvirring til demente pasienter (Borbasi et al., 2006).

Å ha en spesial sykepleier på avdelingen som ressurs, forbedret omsorgen og kunnskapen blant de andre ansatte (Borbasi et al., 2006). En annen studie forteller at kunnskapsstøtte på avdelingen ikke hjalp på sykepleieres smertekunnskap, men det så ut til å minske forskjellene i sykepleiers og pasientens rapporterte smerte (Schreiber et al., 2014).

Smertelindringen:

Resultatene fra flere studier hevder at sykepleiere har generelt behov for mer kunnskaper om smerte (Horbury, Cert, Henderson & Bromley 2005; Leegaard, Husby, Berge, & Rustøen 2011; Lindberg & Engström 2011; Wysong, 2014), medikamenter og virkemidler (Rantala, Kankkunen, Kvist, & Hartikainen, 2014), og om smertelindring (Brorson et al., 2014; Leegaard et al., 2011; Lindberg & Engström, 2011; Rantala et al., 2014; Schreiber et al., 2014). En studie av Marx et al. (2014) forteller at sykepleiere har nok kunnskap, men at de ikke visste hvordan de skulle praktisere dem. De opplevde medikamentell smertelindring fjernet både smerte, uro og angst (Brorson et al., 2014).

Svært mange sykepleiere anså mål av vitale tegn som viktigste indikator på smerte (Leegaard et al., 2011; Lindberg & Engström, 2011; Rose et al., 2012; Wysong, 2014). En studie av Horbury et al. (2005) viste at sykepleier ikke greide å gradere smerte rett hos pasienter ved å vurdere adferd. Det var ikke

alltid at sykepleiere forsto at pasienten hadde smerter (Sjøveian & Leegaard, 2012). Pasienter uttrykket smerte ulikt og hadde et individuelt smerteuttrykk (Leegaard et al., 2011, Lindberg & Engström, 2011). God kjennskap til pasienten hadde betydning for å kunne tolke smertesignalene og at adferdsobservasjoner burde gjøres over tid (Brorson et al., 2014). Noen fremhevet at god omsorg hadde betydning for god smertelindring (Lindberg & Engström, 2011, Nolan, 2007. Nære pårørende kunne også bidra i smertekartleggingen (Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw & Gracia, 2010).

Smerte-kartlegging av eldre med demens ble av et betydelig antall sykepleiere sett på som vanskelig (Brorson et al., 2014; Leegaard et al. 2011; Rantala et al., 2014). Selv om det var mistanke om smerte var det ikke enkelt å avgjøre smertens intensitet (Brorson et al., 2014). Manglende kunnskaper i smertelindring til demente var en av utfordringene (Brorson et al., 2014; Coker et al., 2008; Rantala et al., 2014). Sykepleiere mente de var gode til å vurdere smerte (Brorson et al., 2014; Leegaard et al. 2011). Mange sykepleiere mente at erfaring gav dem bedre evnen til å observere og tolke pasientens individuelle smertesignal og de fremhevet viktigheten av å observere hvordan pasientens adferd endret seg over tid, også de minste ting, siden dette kunne være tegn på smerte (Brorson et al., 2014). Symptomer som ble tolket som tegn på smerte var gråt, hyperventilering, uro og /eller kaldsvetting og indikasjoner fra kroppsspråk at pasienten var ukomfortabel eller ikke kunne slappe av. Dette i tillegg til målbare vitale parameter (Lindberg & Engström, 2011). Svært mange mente at vitale tegn var avgjørende for å kartlegge smerte (Leegaard et al., 2011; Rose et al., 2012; Wysong, 2014).

Et godt tverrfaglig samarbeid ble sett på som viktig for å gi god smertelindring (Brorson et al., 2014; Leegaard et al., 2011; Lindberg & Engström, 2011). Dette innebar et tillitsforhold mellom legen og sykepleieren om sykepleiers evne til å oppdage pasientens behov for smertelindring. (Brorson et al., 2014, Coker et al., 2008).

2.2. Holdninger

Omsorgen:

Noen sykepleiere så ikke den demente som en person, men hadde kun fokus på sykdommen (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Moyle et al., 2010). Noen hadde manglende empati for demente (Borbasi et al., 2006; Rantala et al., 2014). Noen prioriterte demente mindre siden de ikke kunne hjelpes (Moyle et al., 2010). I noen studier ble demente ansett som uønskede på avdelingen og forvirring hos demente betydde mer arbeid (Baillie et al., 2012; Moyle et al., 2010). De passet ikke inn i en akutt sykehus setting (Moyle et al., 2010). At sykepleierne ikke kunne forstå seg på dem og manglet kunnskap, påvirket holdningene deres (Baillie et al., 2012).

Moyles et al. (2010) sin studie forteller at sikkerhetsfokuset gikk fremfor verdigheten og meningsfull interaksjon og at det var en kultur som aksepterte tvungne restriksjoner ved uro. En annen studie forteller at sikkerhet kom foran pasientens mulighet for å bevege seg (Baillie et al. 2012). Hovedfokuset på sikkerhet medførte at andre tiltak sjelden ble gjort og det var lite oppmerksomhet rettet mot den demente personens behov (Moyle et al., 2010). En av deltagerne i studien sa at demente ikke hadde noen som ville snakke deres sak i en vanlig sykehus avdeling (Borbasi et al., 2006). I Baillie et al. (2012) sin studie forteller sykepleierstudenter at demente pasienter ble flyttet fra avdeling til avdeling for å få dem gjennom systemet. Noen sykepleiere mente at det ikke var bra for demente (Baillie et al., 2012). Et godt forhold til pårørende ble ansett som viktig (Brorson, 2014; Moyle et al., 2010). Pårørende kunne forstå og tolke pasientens signaler og sykepleiere anså seg å ha en viktig rolle i å oppmuntre pårørende til å besøke pasienten (Brorson et al., 2014). I Moyle et al (2010) sin studie viste at selv om det var kjent at familie involvering i pleien var en ressurs, ble den sjelden benyttet. Dette mente de var fordi det ikke var noen rutiner for dette og at det ble avglemt (Moyle et al., 2010). En annen studie forteller at familien som oftest kunne være en ressurs, (Borbasi et al. 2006).

Smertelindringen:

Utrygghet i medisinerer av eldre med demens er en barriere mot god smertelindring med redsel for overmedisinering og polyfarmasi (Brorson et al, 2014; Horbury et al. 2005; Rantala et al., 2014). Studier viser at sykepleiere ønsker mer kunnskap i smertekartlegging (Leegaard et al. 2011). Et betydelig antall intensivsykepleiere lot være å bruke et smerte kartleggingsverktøy til pasienter som ikke kommuniserte (Rose et al., 2012). I en annen undersøkelse rapporteres det at flertallet alltid eller ofte kartlegger alle pasientene for smerte og gjentar smertekartleggingen etter at de har gitt ett smertelindrende medikament og at de dokumenterer smertelindringen (Wysong, 2014), En studie viser at godt over halvparten av sykepleierne ikke rutinemessig kartlegger eldre kognitivt svekkede pasienter etter retningslinjer, mens 28% sa at de alltid gjorde det. Dette trass av at flertallet av sykepleierne var klar over retningslinjene (Coker et al, 2008). Et flertall rapporterte at smerteskår ble diskutert i vaktskiftet (Rose et al., 2012). Smertelindringen ble ofte vurdert ut ifra adferd (Lindberg & Engström, 2011, Brorson et al., 2014, Wysong, 2014), men smertekartleggingsverktøy som gikk på adferd ble ansett som mindre viktig enn selv-rapport, som ble ansett som den mest valide metoden for å kartlegge smerte (Coker et al., 2008; Lindberg & Engström, 2011; Rose et al., 2012; Wysong, 2014). Flere sykepleiere forsøkte først å få en selv-rapport av smerte fra pasienten (Rose et al., 2012; Wysong, 2014). En studie viser at sykepleiere ikke trodde på pasientens smerteskår ut i fra hva pasienten selv sa at han hadde og hva han formidlet i adferd og ansikts uttrykk (Horbury et al., 2005). Smertelindrende tiltak ble ikke alltid utført etter en kartlegging som hadde påvist tilstedeværelse av smerte (Wysong, 2014).

Noen studier viser at sykepleiere ikke trodde ikke på pasientens smerteskår (Sjøveian & Leegaard, 2012) og selv om pasienten hadde en høy grad av «smerteadferd», så gav bare 33% pasienten mer smertelindring (Horbury et al., 2005). 94% av sykepleiere mente de tydet pasientens smertesignaler

bedre enn pårørende (Rose et al, 2012). Pårørende ble sjelden brukt som ressurs i smertekartleggingen (Moyle et al., 2010; Rose et al., 2012; Wysong, 2014).

29% indikerte at de ikke brukte smerte lindring før smertefulle prosedyrer, 71% indikerte at de alltid gjorde det (Wysong, 2014). Mange sykepleiere vektla at pasienten skulle ha god smertelindring og så ut til å la tvilen komme pasienten til gode (Brorson et al., 2014; Lindberg & Engström, 2011; Wysong, 2014). 30-52% sa at de ikke kjente smertegrensene til pasienten fordi de ikke tilbrakte nok tid med dem (Coker et al., 2008; Rantala et al., 2014).

2.3. utfordringer

Manglende rutiner som innebar at; pårørendes, som kjente pasienten godt, ikke ble spurt om hjelp til kartlegging av smerte (Moyle et al., 2010). Det ble ikke alltid dokumentert effekt av smertelindring og dette medførte vansker for god lindring (Rantala et al., 2014).

Manglende felles retningslinjer smertelindring og regelmessighet i forordning av medikamentene (Coker et al., 2008; Rantala et al., 2014). Noen sier likevel at en fast forordning kunne være en hindring, da pasienten selv måtte melde smerte for å få ved behovs medisin og at det da kunne bli ulik praksis ut ifra hvilken sykepleier som hadde ansvaret (Coker et al., 2008). Et bedre samarbeid og dialog med fysioterapeut, var også ønsket i Sjøveian og Leegaard (2012) sin studie, for å kunne gi god smertelindring før trening. I tillegg ble for stor arbeidsmengde og for lite ressurser i systemet sett på som store begrensninger for å yte en bedre praksis (Borbasi et al., 2006).

Demente pasienter krever mye tid (Borbasi et al., 2006; Schreiber et al., 2014). Mange studier viste at det ikke var tid til å ta seg av demente pasienters grunnleggende behov (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Moyle et al., 2010; Nolan, 2007; Rantala et al., 2014). Den travle organisasjons kulturen ble sett på som en årsak til at demente ikke ble behandlet med verdighet. Travelhet førte til at sykepleierne måtte prioritere de sykeste pasienten fremfor å bruke tid hos en dement pasient med mindre plager (Baillie et al. 2012; Moyle et al. 2010). Baillie et al. (2012) og Borbasi et al., (2006) sine studier påpeker at miljøet i den travle akutt enheten ikke var bra for demente og at det kunne være skremmende og farlig. Fysiske restriksjoner av demente, på grunn av travelhet, er rapportert i noen studier (Borbasi et al. 2006, Moyle et al., 2010; Rantala et al. 2014). Overvåkning av pasienten for at sikkerhet skulle ivaretas, tok fokuset vekk fra person-sentrert omsorg og meningsfull interaksjon kommer frem i Moyle et al. (2010) sin studie.

Miljøet ble sett på som en hindring (Baillie et al., 2012; Borbasi et al. 2006; Lindberg & Engström, 2011; Nolan, 2007; Moyle et al., 2010). Bygningene var ikke til rette lagt for demente, de kunne ha problemer med å finne frem, sier deltagerne i studien til Borbasi et al. (2006). Noen syntes det var behov for egne spesialavdelinger for demente (Nolan, 2007; Rantala et al., 2014). Det var ikke tilrettelagt for demente som var agiterte eller urolige og det overstimulerte en dement (Baillie et al., 2012; Borbasi et

al., 2006; Nolan, 2007; Rantala et al., 2014). De anså det som vanskelig å lage et sikkert miljø for demente og det ble forsøkt å normalisere miljøet rundt pasienten for å øke trygghet og trivsel (Borbasi et al., 2006). Besøktidene kunne også medføre mer uro og agitasjon da det kom et økt antall ukjente og det ble mange unormale aktiviteter (Nolan, 2007). Taushetsplikten var også vanskelig å overholde på grunn av flersengsrom (Rantala et al., 2014; Lindberg & Engström, 2011).

3. DISKUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske sykepleiers kunnskaper, holdninger og utfordringer ved omsorg og smertelindring til personer med moderat til alvorlig demens i sykehus, og hva som påvirker dette.

3.1. Kunnskapen

Om Omsorg:

Resultatene i denne studien viser at det er en generell usikkerhet blant sykepleiere om hvordan gi omsorg til demente når de er innlagt i sykehus. De mangler faglig kunnskaper, og kommunikasjon er også vanskelig. Mange synes det er vanskelig å tyde pasientens behov siden de ofte ikke uttrykker dem, men blir urolige isteden. Det kommer også frem at det er behov for trening i å forstå adferd symptomer, enten som uttrykk for omsorgsbehov eller som behov for endring av miljø. De anerkjenner at pårørende er en ressurs, men likevel involveres de ikke nok.

Sykepleiere ønsker mer fagkunnskap om demens og symptombehandling. Chang et al. (2009), i sin studie, bekrefter også dette behovet for mer kunnskap om demens som sykdom og farmakologisk behandling av symptomer. Fagkunnskap har betydning for evnen til å leve seg inn i et annet menneske, sier Eide og Eide (2012). Fagkunnskap øker bevisstheten og gjør at man lettere oppdager hva som er viktig for pasienten. De sier at gode kunnskaper om sykdommen, medisiner, dosering og bivirkninger kan være viktig for innlevelse i pasientens situasjon, sier Eide og Eide (2012). Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) sier at god omsorg til demente personer innebærer at man alltid er beredt og på utkikk etter muligheter for å kunne bistå og ikke gir opp. Er fleksibel og kreativ i sine tilnærmelser og at man tåler rutinebrudd og uorden. Samtidig vil kunnskap om demenslidelsen og kjennskap til pasientens væremåte og vaner, ha betydning for om en lykkes eller ei, sier Thorvik et al. (2014). Sykepleier kan jobbe sammen med pasienten, pårørende og andre medarbeidere for å identifisere tiltak som inkluderer vaner, hva personen liker også videre (Weitzel et al., 2011). Dette kan de dele med andre og tilføye det i pleieplanen, sier Weitzel et al., (2011). Dette samsvarer med sykepleierne ønske om å gi individuell pleie til pasientene. Sykepleierne visste at en god relasjon til pasienten er viktig for å lettere å tolke pasienten (jf. Resultatet). Noe som er i tråd med Norsk Sykepleier Forbunds (NSF) verdigrunnlag. NSF mener, sier Kirkevold (2010b), at individualisert pleie med utgangspunkt i den enkelte pasients behov og ønsker, skal være et udiskutabelt verdisyn. Individtilpasset sykepleie er, ifølge Kirkevold (2010b), sykepleie som har et utgangspunkt i hver enkeltes verdier og behov og at dette forutsetter en anerkjennende relasjon mellom pasient og sykepleier. Brooker (2007) og Helsedirektoratet (2007)

anbefaler en tilnærming som kalles «Personorientert omsorg» (Person-Centred Care). Den inneholder fire hovedelementer som brukes for å bedre omsorg til demente, sier Brooker (2007). Den sier at en må sette pris på mennesker med demens, gi individuell omsorg og se dem som unike individer, prøve å se verden fra deres perspektiv og anerkjenne at deres erfaringer. Anerkjenne at de også må ha relasjoner i livet, for å kompensere for sine tap og til sin egen vekst. Hun sier at de behøver et sosialt miljø som dekker deres psykologiske behov (Brooker, 2007).

Kommunikasjon ble sett på som en utfordring hos mange sykepleiere. Kommunikasjonsproblemer er vanlige, sier Berentsen (2010). Et ukjent miljø kan medføre vansker, for den demente personen, med å forstå forklaringer, følge direksjoner, rapportere symptomer, spør etter hjelp eller etablere relasjon til personalet, sier Weitzel et al. (2011). Siden demente kan ha problemer med å forstå innholdet i ordene våre og vil et bevisst kroppsspråk, mimikk og stemmebruk gi en tydeligere formidling (Berentsen, 2010). Wyller (2013) hevder at en demens tilstand kan ha betydning for om vedkommende kan gi pålitelig informasjon. Ved moderat demens er de verbale ferdighetene ofte såpass intakt at det er lett å bli lurt. Men hos en pasient med alvorlig demens vil det som regel være åpenbart at informasjonen ikke er til å stole på. Likevel bør en ikke unnlate å spørre dem, sier Wyller (2013). Miller (2008) mener at sykepleiere bør ha kunnskaper i kommunikasjon med demente. For å forbedre kommunikasjonen bør helsepersonell, ifølge Miller (2008), ta seg god tid i samtalen, bruke navnet til pasienten, bruke enkle setninger og spørre om en ting om gangen, unngå abstrakter som «tørste», «sult», men bruke ord som «spise» og «drikke». Bruk gjerne «objekter» for å formidle, slik som for eksempel tannbørste. Videre bør miljøet være rolig og dempet. Kunnskaper om fysiologiske og psykologiske aspekter om demens og afasi kan også ha stor betydning for kommunikasjonen (Eide & Eide, 2012). De sier at fagkunnskaper og kommunikasjonsferdigheter hører sammen. Sett i en annen dimensjon er dette elementer i det som kalles «omsorgsprofesjonalitet», som karakteriseres ved empati, fagkunnskap og målorientering. Dette er en erfarings basert kvalitet på omsorgen som gjenkjennes hos sykepleiere som med et trent blikk ser hva pasienten og pårørende har behov for og vet hva som er faglig sett best å gjøre (Eide & Eide, 2012). Resultatet viser at det er mot villighet til å bruke realitetsorientering til demente. De mener dette kan gjøre pasienten mer forvirret. Miller (2008) er enige i dette, og anbefaler heller bruk av reminisens i samtalen, slik som prat om «gamle dager», da dette kan virke beroligende på en dement pasient. Berentsen (2010) sier at en praktisk realitetsorientering om tid, sted, dag og presentasjon av personalet er bra, men at validering, som er en metode som innebærer å lytte uten fordommer, med evne til innlevelse og aksept for pasientens måte å se virkeligheten på. Den kan med fordel brukes ved uttrykk som kan inneholde følelser, sier Berentsen (2010).

Adferd og forståelse viste seg å være utfordrende for mange i resultatet. Weitzel et al. (2011), sier at problematisk adferd som agitasjon og sinne er vanlig blant moderat til alvorlig demente, og at det kan være vanskelig å håndtere. De sier at dette kan leses som en form for kommunikasjon og anbefaler at sykepleier spør seg selv om adferden skyldes smerte, fysisk sykdom, over-stimuli eller medisinske

bivirkninger (Weitzel et al., 2011). Cunningham(2005) sier at det er sannsynlig at disse pasientene også kan ha underliggende sykdom, som medfører kroniske smerter. Men symptomer som følelsesmessige svingninger, irritabilitet, apati og unyansert adferd kan også dukke opp (Berentsen, 2010). Hun påpeker at det er viktig at sykepleier reflekterer over hvorfor pasienten har disse symptomene og videre at god kjennskap til pasientens liv og yrke kan gjøre adferden lettere å tolke (Berentsen, 2010). I følge Miller (2008), kan det hjelpe på urolig og utagerende adferd å bekrefte for pasienten og gi bekreftelse på at man ser at noe ikke er bra og videre forklare situasjonen.

Pårørende

Om smertelindring:

Det fremkommer av resultatene sykepleierne generelt behøver mer kunnskaper om smerte, smertelindring, medikamenter og virkningsmekanismer. Kartlegging av smerte hos demente fremstår også som utfordrende da det var vanskelig å tolke adferden til pasienten. Manglende kartlegging og dokumentasjon medførte samtidig til at smerten ble vanskelig å behandle. Kunnskapsmangel gjorde sykepleierne usikre og de synes det var vanskelig å behandle smerte hos demente pasienter siden de ikke greide å gi tilbake melding på effekt av medikamentell behandling. De foretrekker selvrappport, kommer det frem av resultatene, for de vet at smerte er en individuell opplevelse.

Resultatene viser at sykepleiere generelt har behov for mer kunnskap om smerte og smertelindring. I Chang et al. (2009) sin studie ser en det samme problemet som sykepleierne i resultatet opplever. Lindrende behandling med tanke på å redusere ubehag må være høyt prioritert hos demente pasienter (Ranhoff, 2010b) og kartlegging er det første og viktigste tiltaket for effektiv og individuell smertebehandling (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Denne pasient gruppen vil være avhengig i at personalet har evne til å sanse ikke-verbale uttrykk for smerteproblem (Husebø, Ballard, Sandvik, Nilsen & Aarsland 2011). Dette er sykepleiers oppgave og det kreves årvåkenhet og kunnskap (Bjørø & Torvik, 2008), og kjennskap til pasienten (Husebø et al., 2011; Nygaard, 2012). Nygaard (2012) mener at underbehandling av smerte ikke er uvanlig og en av årsakene ofte er mangelfull kommunikasjon. Når det gjelder å vurdere smerte, er man hos mange demente henvist til å tolke smerte som endringer i verbal kommunikasjon og det stilles derfor ekstra store krav til pleiepersonell som har ansvar og omsorg for demente (Nygaard, 2012).

Han legger til grunn disse forutsetningene for å kunne forstå og identifisere smerte hos eldre med kognitiv svikt:

- Behov for å kjenne pasienten,
- Ha et personlig forhold til pasienten,
- Evne til å registrere endringer i adferd, «lydproduksjon», kroppsspråk
- Evne til å tolke pasientens signaler

- Intuitiv persepsjon basert på erfaring.
(Nygaard, 2012).

Noen av disse elementene, blant annet betydningen av «å ha en relasjon», viste seg, ifølge resultatene, å være viktig for sykepleiere for å kunne gi god smertelindring. Relasjoner er etablert på et grunnlag av verdier og fagkunnskap (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). I utøvelse av terapeutiske prosedyrer, gjennomføring og oppfølging av medisinsk behandling og i gjennomføringen av et godt stell er det viktig at pasienten har tillit til sykepleieren som person. En hjelperelasjon er avgrenset av tid og rom, den syke er der en stund, men skal videre. Begrensinger finnes ofte i akuttavdelinger der sykepleieren ofte ikke blir så godt kjent med den syke. Likevel er det ikke så mye som skal til, sier Kristoffersen og Nortvedt (2012). Et personlig håndtrykk, noen trøstende ord i det rette øyeblikket, at en tar seg litt ekstra tid kan ha betydning for pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Bekreftelse av egenverd, der en opplever respekt og anerkjennelse, respekt for hvem man er får signaler og forståelse av at en fremdeles er et verdifullt menneske, oppleves i relasjoner (Bondevik, 2012a). I personsentrert pleie rettet mot demente legges det vekt på relasjon og personlig forhold, der adferd også tolkes som et uttrykk for kommunikasjon, sier Wyller (2013).

Sykepleierne i studien synes det var vanskelig å tolke smerteadferden til den demente pasienten. Anvendelse av adferdsyttringer som en indikasjon på smerte er utfordrende, samtykker Bjøro & Torvik (2008). Adferden kan være ulik fra person til person, sier de. Demente eldre kan ha avvikende smerteadferd i sammenliknet med eldre, kognitivt intakte, og påpeker at enhver har sitt eget smertesignatur (Bjøro & Torvik, 2008). Det er ikke all adferd som betyr smerte. Aggressivitet eller at personen motsetter seg omsorg kan også være en personlighetsendring som skyldes demenssykdommen. Samtidig skal en være klar over at, fravær av observerbare smerteindikatorer ikke nødvendigvis betyr fravær av smerte (Bjøro & Torvik, 2008).

American Geriatrics Society (2002) har utgitt følgende liste over smerteadfærd, som er kartlagt av forskere, hos eldre med kognitiv svikt (Bjørø & Thorvik, 2008).

Vanlig smerteadfærd hos eldre med kognitiv svikt:

- *Ansiktsuttrykk*: mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
- *Verbalisering, vokalisering*: sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp grove utrop.
- *Kroppsbevegelser*: rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensende, monotone bevegelser, endring i gangart og kroppsbevegelse.
- *Forandring i mellommenneskelig samhandling*: aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.
- Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner: matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
- *Forandringer i mental status*: gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet.

(American Geriatrics Society, 2002 i; Bjørø & Torvik, 2008, 2010, Nygaard, 2012)

Det er stort sett enighet i at smertekartlegging er viktig for de fleste av sykepleierne i resultatet. Likevel var det mange som lot være å smerte kartlegge pasientene de var ansvarlige for. En av årsakene kan være at mange sykepleiere setter spørsmål med validiteten til demente personers smerte utsagn (Cunningham, 2006). Bjørø & Torvik (2010) anbefaler å få en selvrappport av smerte. Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein (2011) sier at regelmessig vurdering av smerteintensitet er en forutsetning for effektiv smertelindring. Systematisk kartlegging gir viktig informasjon som gir et grunnlag for valg av tiltak, evaluering av effekten av disse og kan være til hjelp ved tverrfaglig kommunikasjonen om pleie og behandling (Bjørø & Torvik, 2008).

Det er ikke anbefalt å bruke vitale tegn som eneste indikator på smerte (Pasero, 2009) slik som resultatene forteller at sykepleiere gjorde. Han sier at en pasient med smerter gjerne kan ha mindre vitale tegn, fordi kroppen umiddelbart ønsker å gjenopprette balanse. Vitale tegn påvirkes dessuten også av hypovolemi, blodtap, hypotermi og noen analgetiske virkningsmekanismer (Pasero, 2009). Weitzel et al. (2011) sier derimot at bruk av vitale tegn, forsvar eller blekhet, kan brukes som supplement til adferds kartlegging for bekrefte smerte. Et forslag er at Smerteobservasjoner bør gjøres i ro og i bevegelse og om smerteintensiteten øker må en også vurdere en mulig postoperativ komplikasjon (Fredheim et al., 2011). Ut fra resultatene synes likevel ut som det er mangler i kunnskaper på dette området, og at trening

i å forstå smerteadfærd er et tema. Dette støttes av McAuliffe, Nay, O'Donnell og Fetherstonehaugh (2008) som mener at sykepleiere har behov for både mer trening og kunnskap i smerteobservasjon. Pasero (2009) anbefaler bruk av kartleggingsverktøy fordi dette kan avgjøre om det er tilstedeværelse av smerte. Han advarer derimot om faren for å dra konklusjoner om smerteintensitet ved bruk av atferdsskjema. Det kommer frem at det var ulik praksis i forhold til kartlegging, dette kan være på grunn av demografiske forskjeller, men er likevel et varsko om at det er behov for felles retningslinjer.

Herr et al. (2011) anbefaler Pasero & McCafferys (2011) praktiske anbefaling for rekkefølgen av smertekartleggingsteknikk for personer som ikke kan selvrappørere.

1. Forsøk å få en selv-rapport på smerte. (Selvrapport av smerte kan være mulig hos personer med mild til moderat demens, men kan være vanskelig etter som demensen utvikler seg.).
2. Identifiser patologiske tilstander og problemer/prosedyrer som er kjent for å kunne forårsake smerte. (Vurder kroniske smerter som er vanlig hos eldre. Muskulære og nevrologiske smerter er de vanligste og bør være prioritert i en kartleggingsprosess.)
3. Observer pasientens adferd. (Endringer i aktivitetsnivå, emosjonelle og verbale uttrykk og liknende, sosial kontakt).
4. Spør om informasjon fra familie medlemmer og andre omsorgspersoner.
5. Forsøk med et smertelindrende medikament/ gjør et analgetisk forsøk.

Smerte er individuelt, sier sykepleierne i resultatet og er det som pasienten selv beskriver. Dette bekrefter (Bjoro & Torvik, 2008; Herr et al., 2011; Pasero, 2009). Selvrapport av smerte blir foretrukket viser resultatet og dette er etter anbefalingene ifølge Herr et al. (2011) og Nygaard (2012). De sier at dersom vedkommende har evne til å kommunisere og forholdene ligger til rette for det er den mest reliable smerteopplysningene fra den demente selv. Likevel, det er svært mange demente som ikke evner å forstå et kartleggingsverktøy eller kan huske endringer i smerteintensitet og bruk av adferdssmertekartlegging er anbefalt til denne gruppen pasienter (Snow & Shuster, 2006). Hos personer med moderat til alvorlig demens kan det være en spesielt utfordrende å vurdere smerte når kommunikasjonsvansker gjør til at de kan ha vansker med å kommunisere sine plager (Husebo et al., 2012; Nygaard, 2012; Weitzel et al. 2011). American Geriatrics Society gav, i år 2002, en utfyllende beskrivelse på adferd som kan forbindes med smerte hos demente. Hovedgrupper av adferd som kunne tilkjenne smerte var ansiktsuttrykk, varierende verbale og vokale uttrykk, kroppsbevegelser, endringer i samhandling med andre, endringer i aktivitetsmønster og mentale forandringer (Bjoro & Torvik, 2008).

Resultatet viser at sykepleierne mente at pårørende som kjente pasienten kunne være en ressurs for å tolke adferd som smerte, men at de sjelden spurte dem. Hos pasienter som selv ikke kan gi adekvate

opplysninger kan pårørende eller pleiepersonell, som kjenner vedkommende godt, være nyttig for å tolke tegn til smerte (Nygaard, 2012). Wyller (2012) ser på tilstedeværelse av pårørende som enda en fordel for å forebygge utvikling av delirium. De kan være det kjente ansiktet og de kan gi informasjon gjentatte ganger som pasienten behøver.

Bruk av medikamenter for å redusere smerte, uro og agitasjon var en kjent og brukt postoperativ metode ifølge resultatet. Dette kan være aktuelt om pasienten er svært urolig og aggressiv, sier Weitzel et al., (2011), men hun advarer med at medikamenter også kan forverre adferd eller sedere pasienten. Aggressivitet eller at den eldre motsetter seg omsorg kan være et tegn på smerte, men også et symptom av demenssykdommen, sier Bjørø og Torvik (2008). Årsaken til adferden bør bli undersøkt før en setter i gang smertelindring. Det kan også noen ganger være hensiktsmessig å prøve ikke-farmakologiske metoder (Weitzel et al., 2011). Hun mener at miljøet også kan forårsake urolig og agitert adferd hos demente fordi disse pasienten er svært sårbare ovenfor et ustabil miljø. Men smertelindring er likevel ofte nødvendig bekrefter en nyere norsk forskning i fra sykehjem som viste at analgetisk behandling førte til betydelig bedring av adferd symptomer hos personer med moderat til alvorlig demens (Husebø et al., 2011). Hvis en pasient har en underliggende smertefull sykdom bør en forvente at det er smerte tilstede (Herr et al., 2011). Sykepleieren har en viktig rolle i smertebehandlingen og det er store forventninger til ha sykepleier kunnskaper om smerte lindrende behandling. Det forutsetter også en svært god kunnskap om legemidler (Bjørø & Torvik, 2010).

3.2. Holdningene

Til omsorg:

Det kommer frem av flere av resultatene at sykepleieres møte med demente pasienter bar preg av negative holdninger og de var mindre empatiske i sine uttalelser om dem. Sykepleier studentene som observerte dette, mente at det var på grunn av manglende kunnskaper om emosjonelle behov og dårlig kommunikasjon med demente.

Ranhoff (2010b) bekrefter at sykepleie til eldre demente pasienter er krevende og komplekst. Hun mener at det krever en bevisst refleksjon over egen holdning. Kirkevold (2010b) sier at stadig økende kvalitet press krever at sykepleier utformer sykepleien med utgangspunkt i standardiserte prosedyrer og kliniske retningslinjer, som er basert på en generell vitenskapelig og profesjonell kunnskap og erfaring. Dette kan gjøre at tjeneste lett blir rutinepregede (Kirkevold, 2010b). Alderdomstegn, sykdom og funksjonssvikt kan også stå i veien for at sykepleier ser hvem personen egentlig er (Kirkevold, 2010a). Holdninger kommer til uttrykk i handlingene våre når en underliggende kognitiv oppfatning om noe, og

følelser om dette samsvarer (Bondevik, 2012b). Sykepleiers holdning og væremåte vil kunne gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg, sier Kristoffersen og Nortvedt (2012). De mener at sykepleiere kan vise respekt og interesse ved å lytte oppmerksomt, ved å ha øyekontakt og ved å bekrefte at vi hører og følger med i det han sier. Aakre (2012) sier at verdibaserte og verdibevisste kulturer må ledes fram. Aakre mener at det i enhver type praksis er både hver enkelt helsearbeider og hverdagskulturen som avgjør den faglige og etiske standard. Hun retter oppmerksomheten mot hvilken rolle avdelingsledere og personalledere har for dialogen og refleksjonen om verdiforvaltningen i det daglige og at de med sin leder stil kan hemme eller åpne opp for dette. Avgjørende for hvilke verdier som får legitimitet kommer frem gjennom tydelig, tilgjengelig, tilstedeværende og troverdig hverdagsledelse (Aakre, 2012).

Manglende empati mot eldre med demens, var en av påstandene i resultatet. Empati som profesjonell ferdighet betyr å kunne ha en følelsesmessig forståelse av den andre og at dette formidles tilbake til pasienten gjennom verbal- og non-verbal-kommunikasjon, eller gjennom handling (Eide & Eide, 2012). De sier at empati er helt nødvendig i praksis for å kunne kommunisere godt og for å oppfatte pasientens vage og indirekte uttrykk for bekymringer og andre følelser (Eide & Eide, 2012). Helsepersonell som synes det er vanskelig å møte pasienter med empati og som ikke gjør noe med sine egne følelser og reaksjoner, forsøker ofte å beskytte seg selv, sier Kristoffersen (2012a). «Sykesengsmanerer» er en teori som forklarer en lite empatisk væremåte i møtet med pasienten (Kristoffersen, 2012a). Dette er en type uengasjert og distansert væremåte som helsepersonell kan brukes for å beskytte seg selv i vanskelig situasjoner som ikke mestres godt, sier Kristoffersen. Dette kan også være en metode de benytter når det er mangel på tid eller det ikke er en relasjon mellom pasienten og sykepleieren. En slik påtatt væremåte kan føre til at sykepleier mister eller unnlater å ta hånd om viktige informasjon om hvordan pasienten har det som et helt menneske og person (Kristoffersen, 2012a). En årsak kan også være det biomedisinske sykdomssynet, som reduserer personen til en kropp. Dette synet, vil distansere sykepleier fra fenomenet «lidelse». Lidelsen er en viktig del av en persons erfaring med å være syk sier Kristoffersen (2012a).

Til smertelindring:

Resultatene gir tilbakemelding om at en del sykepleiere ikke er komfortable i sin rolle og sitt ansvar når det gjelder smertelindring og medikamentbruk. Det kommer også frem en usikkerhet i forhold til å bruke kartleggingsskjema og å «tro» på resultatet. De sier at selvrapport er mest valid, men har vansker med å tro på pasientens egne utsagn om smerte.

De er motvillige til å gi «nok» smertestillende på tross av at pasienten har stor smerte.

Det viser seg at det er en motvillighet til å bruke for mye smertelindrende medikament. Det er en generell redsel for overmedisinering og polyfarmasi. Dette er et problem, sier Chang et al. (2009), som

i sin studie fikk tilbakemeldinger på den samme motvilligheten. Sykepleiere har et etisk ansvar for å gi nødvendig smertelindring og sykepleiere er pasientenes talspersoner (Denny & Guido, 2015). At det er viktig å ta opp smerte som tema på avdelingene minner utsagnet fra sykepleieteoretiker Kari Martinsen oss om: «Når noe er taust, undrer vi oss ikke lenger». Hun sier videre at der det etiske felt blir taust, er risikoen for uetisk adferd større (Martinsen i; Aakre, 2012). Refleksjon mellom kollegaer i gjennomføring av oppgaver og tankeutveksling i etterpåkløkskapens lys, fremmer modenhet og praktisk klokskap (Aakre, 2012). Torvik et al. (2008) sier at bevisstgjøring rundt temaet smerte kan påvirke personalet til å oppdatere sine kunnskaper, øke refleksjon og diskusjon rundt forståelse av smerte og hvordan de møter pasienter med smerter. Et tiltak for å bedre smertekartlegging og behandlinger kan være å opprette en smertekontakt som har som oppgave å bevisstgjøre holdninger til smerte og smertebehandling. Samtidig vil de også kunne gi rådgivning og opplæring i bruk av systematisk kartlegging, observasjon og dokumentasjon (Torvik et al., 2008). Nortvedt, Wiborg, Nitteberg og Romslund (2013) fant ut at bruk av kartleggingsverktøy blant annet øker sykepleiers refleksjon over pasientens opplevde smerte. Bruk av systematisk kartlegging av smerter hos personer med demens øker i tillegg kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen (Nortvedt et al., 2013). Deler av resultatet viser at intervensjoner med undervisning kan forbedre kunnskaper og praksis i smertelindring og at tilstedeværelse av en ressursperson økte kunnskapen og forbedret omsorgen. Men det kommer også frem at intervensjoner ikke hjalp på kunnskapen, men det likevel økte sykepleiers tillit til pasientens selvrapporterte smerte. Dette viser at intervensjonene gav økt bevissthet og erkjennelse hos sykepleierne om at pasientens selvrapport var valid nok.

3.3. Noen utfordringer

Tid:

Sykepleiere prioriterer ut i fra tid. Det er et krav om effektivitet. Demente pasienter krevde for mye tid, kommer det fram av resultatet. Det kommer også frem at miljøet i spesialisthelsetjenesten ikke passet for demente personer. De kunne være urolige og sykepleiere greide ikke å gi dem den omsorgen de behøvde fordi fokuset var på sikkerhet.

Av resultatet kommer det er et spørsmål om tid og at sykepleiere har det travelt. Bondevik (2012b) uttaler at sykepleiere kan ha vanskeligheter med å innfri retningslinjene knyttet til kvalitet i pleie- og omsorgstjenester. Sykepleiere møter i dag pasienter som er sykere enn før, sier Wøien og Strand (2008). De behøver mer observasjon, behandling og sykepleie. Antall komplekse pasienter per sykepleier har økt, men behandlingstiden på sykehuset er redusert, Det er et krav om effektivitet med et mål om å behandle flest mulig på kortest tid (Wøien & Strand, 2008). Sykepleieteoretiker Kari Martinsen (2012) poengterer at travelhet gjør at sykepleieren slites i valget mellom å være nærværende hos pasienten eller

utføre sine praktiske gjøremål. Martinsen (2012) sier at det i helsevesenets nyttige og effektive rom er det en utfordring å kunne være tilstede, letende og fornemmende for å finne pasienten der han er og la hans appell bestemme travelheten. Objektivisering av mennesker kan utvikle seg på grunn av en travel hverdag og moralsk stress (Aakre, 2012). Dette skjer når sykepleier føler seg tvunget til å gå på akkord med sine idealer for å komme gjennom dagen (Aakre, 2012). Økt stress i forhold til hva som forventes av pleie og omsorgstjenester innen gitte tidsrammer, kan bidra til at sykepleiere opplever at de ikke greier å innfri de kvalitetsmessige retningslinjene som en føler seg etisk forpliktet av (Bondevik, 2012b). Avmakt, resignasjon, likegyldighet og sykemeldinger kan bli resultater av dette (Aakre, 2012). Hun synes det er bekymringsverdig med pleiekulturer som tilpasser seg mot en uverdigg praksis og mener at det er nødvendig med mer etisk refleksjonsarbeid (Aakre, 2012).

Miljø:

Sykehusets fysiske miljøet ble også sett på som en utfordring for sykepleiere i forhold pasient sikkerhet, viser resultatet. Det innebar også bruk av restriksjoner for pasientene viser resultatet. Miljøforandringer kan ha betydning for adferd og et opphold i sykehus er en miljøforandring som kan lede til økt forvirring, aggresjon og atferdsproblemer (Engedal & Haugen, 2009d; Goodall, D., 2006). Goodall (2006) sier at denne miljøendringen kan medføre økt forvirring, agitasjon og økte atferdsproblemer hos demente personer. Hun mener medikamentell behandling av adferden kun gir en midlertidig løsning på problemet og anbefaler endringer som gjør miljøet mer tilpasset demente personer. Dette vil gi økt sikkerheten og bedre utsiktene for bedring. Det er også bevist at fysiske restriksjoner øker faren for skade og forverrer dem mentale svekkelsen. Goodall forteller at Lawtons modell for å tilpasse miljøet (Lawron's Person-Environmental Fit Theory) som et grunnlag for å utbedre miljøet slik a de tilpasses personer med demens. I følge denne teorien er det 5 kompetanse områder hos en pasienten som har betydning for tilpassingsevnen til et miljø. Dette er styrken av ens ego, nivå av motorikk, biologisk helse, kognitiv kapasitet og kapasiteten til den sensoriske oppfattelsesevnen. Disse evnene har betydning for hvor godt en passer sammen med miljøet som også har 5 kompetanse områder; et fysiske miljø, et personlig miljø, små gruppemiljøer, supra-personlig miljø og sosialt miljø. Hun mener fordelene ved å tilpasse miljøet til personer med demens vil øke sikkerheten og gi en bedret tilhelning. Samtidig, ved å gi personalet tilstrekkelig verktøy for å bedre omsorgen til denne gruppen, så vil dette også redusere personalets stressnivå (Goodall, 2006). I en rekke sykehus i Norge er det opprettet noen akuttgeriatriske avdelinger med tilrettelagt miljø for eldre (Ranhoff, 2010a). Lokalene er lyse og trivelige og oversiktlige, det er fellesareal for måltider og sosiale aktiviteter (Ranhoff, 2010a). Noen grep som kan forebygge stress og agitasjon er kontinuitet i pleiepersonalet, unngå å bytte rom og unngå mye støy og ferdsel (Weitzel et al., 2011) Rommet bør ha en myk lyssetting og behagelig temperatur. Personifisering av rommet ved at pårørende tar med enkle kjente gjenstander fra hjemmet kan gi pasienten trygghet. Musikk som pasienten liker kan virke godt på trivselen, sier Weitzel et al. (2011)

3.1. Metodediskusjon

Litteraturstudiet startet med søk etter primærforskning i anbefalte kvalitetssikre databaser som Medline, Cinahl, Swemed+ og Sykepleien forskning. Søkeordene var i starten begrenset til å omhandle demens, smerte og sykepleie. Kombinasjoner med sykepleie og smerte gav artikler som sjelden omfavnet sykdommen demens, mens kombinasjoner med alle tre resulterte i et altfor bredt utvalg som ofte ikke var relevant. Det ble behov for å begrense ytterligere siden de fleste søkeresultatene begrenset seg til sykehjem, utforskning av kartleggingsmetoder og flere omhandlet ikke demente pasienter. Kriteriene ble endret slik at temaene skulle inneholde demens, sykepleie, omsorg, smerte og lindring. Det var også et krav at det skulle være fra en sykehus arena. Med flere søke termer gikk søkearbeidet lettere, men i etterpå klokskapens er det tydelig at søkeprosessen skulle ha startet tidligere.

Flere områder kan ha vært av betydning for resultatet. Blant annet var det vanskelig og tidkrevende å finne nok relevant forskning som svarte på hensikten. Det er ikke brukt forskning eldre enn ti år, men det kan ha betydning for nivået av kunnskap, holdninger og utfordringer som kommer frem i resultatene. Det er valgt artikler som er hovedsakelig kvalitative, der mengde studiedeltagere ofte er mindre, noe som reduserer mangfoldet og randomisering av utvalget.

Utvalget av forskningsartikler er preget av at de fleste har fokus på utfordringer og barrierer, dette er ikke et bevisst valg, men et resultat av manglende utvalg av artikler. Det kan være demografiske ulikheter selv om kulturlikhet til Norge og Skandinavia er foretrukket ved utvelgelse. Spesielt holdninger og kultur fra enkelte sykehus kan være med å farge resultatene. Det kan også stilles spørsmål til bruk av forskning som belyser fagkunnskap som ikke er spesifikt rettet mot demente. Argumentasjonen for dette er at det var ønskelig å utforske forhold som hadde innvirkning på smertelindringen og dette er et av de forholdene.

Noen av studiene hadde mindre relevans, men tilføyde oppgaven enten bredde eller dybde innfor enkelte felt. Dette gjelder spesielt artiklene som omhandlet smerte, smertekartlegging og smertebehandling der det ikke var spesielt rettet mot personer med demens. Eksempelvis viser en artikkel forskning med sykepleie perspektiv som beskriver smertekartlegging til ikke-verbale pasienter og ikke pasienter med demens. Disse studiene ble likevel valgt fordi de presenterer et innhold om kunnskapsnivå og utfordringer sykepleier som også de kan stå ovenfor i møte med en dement pasient. En annen studie var rettet mot palliativ pleie. Deler av innholdet inneholdt kunnskap som ble ansett som relevant for å få frem sykepleiers omsorg og smertelindring til pasienter. En studie omhandler sykepleier studenters betraktninger av sykepleieres praksis i sykehus ble ansett som relevant. Studentene har ny kunnskap og observerer ut i fra et sykepleiefaglig ståsted. De andre artiklene har større relevans og presenteres ikke.

Det er valgt to temaer i studien, «omsorg» og «smertelindring». Dette erkjennes som en svakhet i forhold til resultatet og konklusjonen. Et todelt fokus krever en dobbelt mengde av artikkelresultater for å være representativt. Det betyr at denne studien får en lavere kvalitet da den innehar et mindre representativt utvalg for hvert av temaene. Likevel løftes studien da den får frem sammenhenger mellom kunnskap, holdning og utfordringer som igjen kan belyse årsaker til en sykepleiers valg i omsorg og smertelindring til demente. Kunnskaps om smerte synes også å belyses godt siden hoved mengden av artiklene omhandlet dette. Foruten om dette har forfatter forsøkt å være objektiv både i utvelgelse av artikler og artiklens materiale for at studien skal kunne gi et ærlig bilde av temaet til leser.

4. KONKLUSJON

- Manglende kunnskaper sykdommen demens, tidspress og miljøutfordringer i sykehus, kan ha betydning for sykepleieres evne til å gi god omsorg til denne gruppen. Flere tilpassede avdelinger, med flere ressurser tilgjengelig, kan være en løsning.
- Kunnskapsmangelen om demens ser ut til å ha innvirkning på holdningene til sykepleiere og det kan også være behov for å bruke mer tid på etiske spørsmål rundt hva god omsorg til denne gruppen innebærer. Dette gjelder blant annet kunnskaper i kommunikasjon, adferd og symptomer.
- Smertelindring til eldre med og uten demens bærer preg av usikkerhet og varierende kompetanse. Usikkerheten var mest knyttet til polyfarmasi og overmedisinering. Det bør satses mer på spisskompetanse som kan brukes som ressurspersoner i de ulike avdelingene.
- Sykepleier bør få en økt bevissthet om sine egne holdninger og sin objektivitet i forhold til individuell smerte, slik at kunnskapen og praksis blir samkjørt.
- Det ser ut til å være varierende praksis ved kartlegging og dokumentasjon av smerte hos demente og innføring av gode felles rutiner vil øke kvaliteten på gjennomføringen av smertebehandlingen. Det vil også være en fordel å øke kunnskap om hvordan demente pasienter uttrykker smerte.

Forhåpentligvis vil resultatene fra denne litteraturstudien gi sykepleiere en ny bevissthet om forholdenes tilstand og øke refleksjonen omkring sin egen praksis. Resultatene gir kun et begrenset bilde og representere ikke virkeligheten over alt. Likevel vil økt refleksjon rundt temaet demens, bidra til at emnet får større fokus og nysgjerrighet og dette kan igjen føre til en bedre praksis.

LITTERATUR

- Aakre, M. (2012). Makt og verdighet i eldreomsorgen. I Bondevik, M. & Nygaard, H.A. (red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring* (s. 307-325), Bergen, Fagbokforlaget
- Baillie, L., Merritt, J. & Cox, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital. Part one: Challenges. *Nursing Older People*, 24 (8), 33-37. Nedlastet 17.04.15 fra Cinahl <https://vpn.hint.no>
- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk Sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s 350-382), Oslo, Gyldendal akademisk
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og behandling hos eldre mennesker med smerte. I Rustøen, T. & Wahl, A.K. (red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk Sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-349), Oslo, Gyldendal akademisk
- Bondevik, M. (2012a). Den eksistensielle dimensjon. I Bondevik, m. & Nygaard, H.A. (red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring* (s.51-60), Bergen, Fagbokforlaget
- Bondevik, M. (2012b). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I Bondevik, m. & Nygaard, H.A. (red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring* (s. 143-154), Bergen, Fagbokforlaget
- Bruneau, B. (2014). Barriers to the management of pain in dementia care. *Nursing Times*, 110(28), 12-15. Nedlastet 05.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C. & Emden, C. (2006). Health professionals perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward a better practice. *Geriatric nursing*, 27(5), 300-308. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.08.013
- Brooker, D. (2007). What is person-centred care? *Person-centred dementia care* (s. 11-26), London, Jessica Kingsley Publishers
- 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*, 15(1), 315-323. doi:10.1016/j.pmn.2012.10.005
- Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrisin, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M. & Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 15, 41-47, doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x
- Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie I. & Taniguchi A. (2008). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing Research*, vol 23, 139-146. doi: 10.1016/j.apnr.2008.07.003
- Cunningham, C. (2005). Managing pain in patients with dementia in hospital. *Nursing Standard*, 20(46), 54-58. Nedlastet 04.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Dalland, O. (red.). (2012a). Etske overveielser og personvern. *Metode og oppgaveskriving* (s. 95-109), Oslo, Gyldendal akademisk

- Dalland, O. (red.). (2012b), Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving* (utg. 5, s.111-122), Oslo, Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012c), Intervju. *Metode og oppgaveskriving* (utg. 5, s. 150-183), Oslo, Gyldendal akademisk
- Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. Dalland O (red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 63-81), Oslo, Gyldendal akademisk
- Denny, D.L. & Guido, G.W. (2012). Undertreatment of pain in older adults: An application of beneficence. *Nursing Ethics*, 19(6), 800-809. Nedlastet 15.04.15 fra nej.sagepub.com i Nord Trøndelag
- Eide, H. & Eide, T. (red.). (2012). Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. *Kommunikasjon i relasjoner* (s. 31-62), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (red.). (2009a), Delirium. *Demens – Fakta og utfordringer* (s. 151-170), Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (red.) (2009b), Demens. *Demens – Fakta og utfordringer* (s. 15-32), Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (red.) (2009c). Symptomer ved demens. *Demens – Fakta og utfordringer* (s. 33-50), Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (red.) (2009d). Miljøtiltak. *Demens – Fakta og utfordringer* (s. 293-310), Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (red.) (2014a). Olika typer av litteraturstudier. *Att göra systematiska litteraturstudier* (s. 25-35), Lettland, Stockholm, Natur & Kultur
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (red.) (2014b). Den systematiska litteraturstudiens första steg. *Att göra systematiska litteraturstudier* (s. 69-84), Lettland, Stockholm, Natur & Kultur
- Fredheim, O.M., Borchgrevink P.C. & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Den Norske Legeforening*, 131(18), s. 1772-1776. Nedlastet 12.04.15 fra www.tidsskriftet.no
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Personer med demens får bedre smertelindring. *Sykepleien Fag*, 13, 62-64. Nedlastet 05.05.2015 fra www.sykepleien.no
- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson S. (red.) (2013). Hva er demens? *Demens-sykdommer – Årsaker, diagnostikk og behandling* (s. 15-27), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Goodall, D., (2006). Environmental changes increase hospital safety for dementia patients, *Holistic Nursing Practice*, 2(29), 80-84. Nedlastet 04.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K.M., Craig, K.D., Gibson S.J., Lukas, A. & Smith J. (2014). Pain assessment in older adults with dementia. *Lancet Neurol*, vol 13, 1216-1227. Nedlastet 05.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Helsedirektoratet. (2007). Glemsk, men ikke glem! Oslo. Sosial- og Helsedirektoratet. Nedlastet 20.04.15 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glem-om-dagens-situasjon-og-framtidas-utfordringer-for-a-styrke-tjenestetilbudet-til-personer-med-demens>

Feltkode endret

- Herr, K., Coyne, P.J., McCaffery, M., Manworren, R. & Merkel S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations, i: *Pain Managing Nursing*, 12(4), 230-250. doi:10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Holm, S. & Kummeneje, I. (red.). (2009a). Postoperative smerter. *Pre- og postoperativ smerte* (s. 67-91), Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk
- Holm, S. & Kummeneje, I. (red.). (2009b). Postoperativ overvåkning. *Pre- og postoperativ smerte* (s.163-210), Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk
- Horbury, C., Cert, N., Henderson, A. & Bromley, B. (2005). Influences of patient behavior on clinical nurses' pain assessment: Implications for continuing education. *The Journal of Continuing education in Nursing*, 36(1), 18-24. Nedlastet 05.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Husebo, B.S., Achterberg, W.P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., Tudose, C. & Strand, L.I., (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk Epidemiologi*, 2(22), 243-251. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S3...>
- Husebø, B.S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O.B. & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioral disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomized clinical trial, *British Medical Journal*, 343 (BMJ 2011, 343: d4065 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4...>
- Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 129(19), 1996-1998. Nedlastet 16.04.15 fra www.tidsskriftet.no
- Kaasalainen, S. (2007). Pain assessment in older adults with dementia. *American Journal of Gerontological Nursing*, 6(33), 6-10. Nedlastet 04.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, C. (2008). Pitfalls and recommendations regarding the management of acute pain among hospitalized patients with dementia, *American Academy of Pain Medicine*, 9(5), 581-586, doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00472.x
- Kirkevold, M. (2010a). Den gamles integritet. I Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 89-99), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (2010b). Individuell sykepleie. I Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 100-112), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2012a). Stress og mestring. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie* (B. 3, s.133-196), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2012b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie* (B. 1, s. 207-280), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie* (B. 1, s.83-133), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A. & Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleier for å kunne hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien Forskning*, 3(6), s. 254-261. Nedlastet 16.04.15 fra www.sykepleien.no
- Lindberg, J.-O. & Engström, Å. (2011). Critical care nurses' experiences: "A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management". *Pain Management Nursing*, 12(3), 163-172. doi: 10.1016/j.pmn.2010.03.009

- Martinsen, K. (red.). (2012). Tid, rom og travelhet. *Løgstrup og sykepleien* (s.109-141), Oslo, Akribe
- Marx, K.A., Stanley, I.H., Van Haitsma, K., Moody, J., Alonzi, D., Hansen, B.R. & Gitlin, L. (2014). Knowing versus doing. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(12), 26-34. <http://dx.doi.org/10.3928/009891...>
- McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M & Fetherstonehaugh, D. (2008). Pain assessment in older people with dementia: Literature review. *Journal of advanced Nursing*, 65(1), 2-10. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x
- Miller C.A. (2008). Communication difficulties in hospitalized older adults with dementia. *American Journal of Nursing*, 108(3), 58-66 doi:10.1097/01.NAJ.0000311828.13935.1e
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R. & Gracia, N. (2010). Acute care management of older with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, 420-428, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x
- Nortvedt, F. & Nesse, J.O. (red.). (1997). Sykepleie og smertelindring. *Smertelindring – utfordringer og muligheter* (s. 13-36), Oslo, Universitetsforlaget
- Nortvedt, L., Wiborg, A-G., Nitteberg, I-J. & Romsland, G.I. (2013). Kartlegging av smerte gav økt refleksjon. *Sykepleien*, 7, 38-41. Nedlastet 16.04.15 fra www.sykepleien.no
- Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: A study of nurses' views, *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422. Nedlastet 17.04.15 fra Cinahl <https://vpn.hint.no>
- Nygaard, H.A. (2012). Kroniske, ikke – ondartede smerter hos gamle. I Bondevik M & Nygaard H A i; *Tverrfaglig geriatri – en innføring* (s 267-280), Bergen, Fagbokforlaget
- Prowse, M. (2006). Postoperative pain in older people: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 84-97. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01482.x
- Pasero, C. (2009). Challenges in pain assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(1), 50-54. doi:10.1016/j.jopan.2008.10.002
- Polit, D.F. & Beck, C.H. (red.). (2012a). Ethics in nursing research. *Nursing research* (s. 150-199), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- Polit, D.F. & Beck, C.H. (red.). (2012b). Literature reviews: Finding and critiquing evidence. *Nursing research* (s. 94-125), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- Ranhoff, A.H. (2010a). Den akutt syke gamle. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 180-195), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Ranhoff, A.H. (2010b). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 75-86), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. (2014). Barriers to postoperative pain in management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff. *Pain Management Nursing*, 15(1), s. 208-219. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.007
- Rose, I., Smith, O., Gélinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., Burry, L., McGillion, M., Mehta S. & Watt-Watson J. (2012). Critical care nurses' pain assessment and management practices: A survey in Canada. *American Journal of Critical Care*, 21(4), s. 251-259. doi:10.4037/ajcc2012611

- Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-37), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Schreiber, J.A., Cantrell, D., Moe, K.A., Hench, J., McKinney, E., Lewis, C.P., Weir, A. & Brockopp, D. (2014). Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: Evaluation of an intervention. *Pain Management Nursing*, 15(2), 474-481. doi: 10.1016/j.pmn.2012.12.006
- Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien Forskning*, 7(4), 380-387. doi:10.4220/sykepleien.2012.0158
- Snow, A.L. & Shuster, Jr. J.L. (2006). Assessment and treatment of persistent pain in persons with cognitive and communicative impairment. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(11), s. 1379-1387. doi:10.1002/jclp.20317
- Sykepleien Forskning. (2015). Redaksjonen. *Sykepleien Forskning*, vol. 1, 1.
- Thorvik, K.E, Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens, *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I Rustøen, T. & Wahl, A.K. (red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 51-75), Oslo, Gyldendal Akademisk
- Vaurio, L.E., Sands, L.P., Wang, Y., Mullen E.A. & Leung, J.M. (2006). Postoperative delirium: The importance of pain and pain management. *International Anesthesia Research Society*, 102, 1267-1273, doi: 10.1213/01.ane.0000199156.59226.af
- Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M.R., Berry, T.A., Holmes, J.M., Mercer, S., Foster, T., Allen, L., Viktor, Rev. D. A., Vollmer, C.M., Steinkruger, K., Friedrich, L.A., Plunkett, D & Kirkbride, G.L. (2011). The special needs of the hospitalized patient with dementia. *Medsurg Nursing*, 20(1), 13-19. Nedlastet 04.05.15 fra Medline via <https://vpn.hint.no>
- WHO. (2015). Dementia. World Health Organization, *Media Center*. Nedlastet 15.05.15 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Wyller, T.B. (2012). Generelt om medisinsk behandling av gamle. I Bondevik, M. & Nygaard, H.A. (red.), *Tverrfaglig geriatri- En innføring* (s. 109-129), Bergen, Fagbokforlaget
- Wyller, T.B. (2013). Klinisk kommunikasjon med eldre. I Johnsen, K. & Engvold, H.O. (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 211-218), Oslo, Universitetsforlaget
- Wysong, P.R. (2014). Nurses' beliefs and self-reported practices related to pain assessment in nonverbal patients. *Pain Management Nursing*, 15(1), 176-185. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.003
- Wøien, H. & Strand, A.C. (2008). Sykepleie tiltak ved postoperativ smertelindring. I Rustøen, T. & Wahl A.K. (red.), *Ulike tekster om smerte - Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 271-289), Oslo, Gyldendal Akademisk

VEDLEGG 1

Inkludering og ekskludering av artikler

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Cinahl 17.04.15	Periode 2005-2015, abstrakt, full tekst, forskningsartikkel, Fagfelleverdert	MH Dementia and MH attitude or (MH nurse attitude), and MH dementia	10	3* 6**	2***	1	1
Medline 16.04.15	Abstrakt Full tekst Periode: 2005-current	Exp. Pain management/nu [Nursing]	142	103* 77**	10***	8	4
Sykepleien forskning 16.04.15	Forskningsartikkel, Fagfelleverdert Periode: 2009-2014	Smerte- behandling	15	9* 6**	3***	2	2
Medline 16.04.15	Abstrakt Full tekst Periode: 2005-current	Exp.pain and Exp.dementia [nursing]	22	5* 8**	3***	2	2
Cinahl 17.04.15	Abstrakt Full tekst Fagfelleverdert Forskningsartikkel Periode: 2005-2015	"hospitals" and MH dementia	187	123* 103**	4***	1	1

Database	Avgensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Håndzoek 23.04.15	Abstrakt Full tekst Periode: 2007-2009	Kaasalainen, S.				1	1.
Håndzoek 23.04.15	Abstrakt Full tekst 2008-2011	Borbasi, S.				1	1.
Håndzoek 24.04.15		Horbury, C.				1	1
Medline 08.05.15	Abstrakt Full tekst Periode: 2005-current	Exp. Dementia and Exp. hospitals	137	123* 12**	2***	1	1
Medline 20.04.15	Abstrakt Full tekst Periode: 2005-current	Exp.Dementia [nursing] and Exp.education/	153	131* 22**	4***	3	1

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: Antall artikler som er lest i sin helhet.

VEDLEGG 2

Artikkelgranskning

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Lindberg & Engström (2010) Pain Management Nursing. Critical Care Nurses Experience with the Patient is a Prerequisite for a Successful Pain Relief Management. Sverige	Å undersøke Intensivsykepleieres erfaringer i å oppdage og behandle smerte hos pasienter som får postoperativ pleie i en intensivavdeling .	Kvalitativ studie Individuelle intervju	7 intensivsykepleiere (6 intensivsykepleiere deltok)	Det var viktig å være i stand til å oppdage smerte hos pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt.	Fagfellevurdert og godkjent av etisk komite Liten gruppe sykepleiere kan være en svakhet. Men kan også være en styrke på grunn av gode beskrivelser som viste et felles mønster av hva som defant viktig.

Forfatter e Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensj on /instrume nt	Deltakere/bort fall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Brorson et al. (2012) Pain Management Nursing Pain Relief at the End of Life: Nurses Experiences regarding End-of-Life Pain Relief In Patients with Dementia. Sverige	Å beskrive sykepleieres erfaring i smertelindring til demente ved livets slutt.	Kvalitativt intervju, Beskrivende og utforskende.	Av 8 sykepleiere valgte 6 å delta.	Meninger om forutsetninger for god smertelindring; Å kjenne pasientens livshistorie, profesjonell erfaring. Godt team arbeid, med god kommunikasjon, og bruk av kartleggingsverktøy	Fagfellevurdert, godkjent av etisk komite.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrument	Deltakere/bortf all	Hovedresult at	Kommenta r i forhold til kvalitet
Borbasi et al., (2006). Geriatric Nursing. Health professional's perspective of providing care to people with dementia in the acute setting: Towards better practice. Australia	Å forstå, utforske og tolke sykepleieres erfaringer med demente i sykehus. Tilføre en rik beskrivelse av daværende praksis og ønsket praksis.	Kvalitativ	4 medisinerere, 5 sykepleier rådgivere, 3 sykepleiere, 1 forsknings sykepleier, 2 terapeuter, 3 sosialarbeidere, 1 assisterende sykepleier direktør, 1, fysioterapeut.	5 temaer hadde innflytelse på hvordan demente ble mottatt og behandlet i sykehus. Det fysiske miljøet, organisasjons - systemet eller normene, hovedaktører innen systemet, nåværende demens omsorg og den ideelle demens omsorg.	Etisk godkjent

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Leegaard M et al. (2011) Sykepleier Forskning, Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? Norge	Omhandler kartlegging av hvilke kunnskaper sykepleierne selv mener de behøver for å hjelpe pasienter med å håndtere smerter, og hvilken oppfatning de har om smerter og smertelindring generelt.	Kvalitativt beskrivende design, gruppeintervjuer og spørreskjema	21 sykepleiere, kun to med videreutdanning. Ingen bortfall.	Sykepleiere hadde gode kunnskaper om smertelindring og kommunikasjon, men behøver mer kunnskap om medikamenter og virkningsmekanismer.	Etisk godkjent av personvernombudet ved det aktuelle sykehus.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bo rtfall	Hovedresultat	Kommen tar i forhold til kvalitet
Rose et al. (2012) American Journal of Critical Care, Critical care nurses pain assessment and management practices: A survey in Canada. Canada	Dokumentasjon av intensivsykepleieres kunnskap og fortolkning av å oppfatte smerte, samtidig hvordan praksis er.	Randomisert kvantitativ studie basert på spørreundersøkelse.	842 av 3753 forspurte sykepleiere svarte og 802 av undersøkelsen ble evaluert.	En stor del av sykepleiere brukte ikke kartleggingsverktøy og var heller ikke klar over retningslinjer anerkjent av profesjonelle miljø. Vitale tegn som blodtrykk, hjerterefrekvens etc. ble moderat til svært viktige tegn på smerte.	Etisk godkjent av Universitetet i Toronto, Toronto, Ontario.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Interven sjon /instrum ent	Deltakere/b ortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Sjøveian & Leegaard (2012) Sykepleien Forskning Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvi rkning i postoperativ smertebehand ling? Norge	Kartlegge samhandling med pasientene om den postoperative smertebehand lingen «Joint Care».	Kvalitati vt beskriven de, dybdeint ervju	5 sykepleiere fra ortopedisk sengepost.	Viser at eldre ofte viser en passiv kommunikasjo nsform i smerterapporte ringen. Pasienten har serke smerter andre postoperative dag.	Studien er godkjent av personverno mbudet for forskning.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrument	Deltakere/bortfa ll	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Rantala et al. (2014) Pain Management nursing Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia ac evaluated by nursing staff Finland	Kartlegging av barrierer til postoperative smertelindrin g hos hofteopererte pasienter med demens. Samt identifisering av sykepleieres forventinger og fasiliteter tilbudt av arbeidsgiver for å komme over barrieren.	Cross- sectional questionaire design.	634 sykepleiere fra 17 sykehus invitert, 340 ble returnert og av dem ble 331 godkjent.	86% opplevde vanskeligheter med å oppdage smerte ut i fra personens kognitive svækkelse, motstand og uro kunne føre til restriksjoner, Det var også en betydelig forskjell mellom tilfredsstillende smertebehandli ng og barrierer. De som opplevde flest barrierer opplevde også smertelindringe n utilfredsstillend e. Videre oppdatert utdanning i å kunne oppdage smerte.	Etisk godkjent av Northern Savo`s komité for forskningsetikk.

Forfattere Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bort fall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Wysong (2014) Pain management nursing Nurses` beliefs and self- reported practices related to pain assessment in nonverbal patients USA.	Utforske meninger og selv-rapportert praksis i forhold til smertekartlegging av nonverbale pasienter. Med utgangspunkt i Herr et al. (2006), hierarki av smertelindring.	Beskrivende forskings- design, med et kvantitativt innhold.	74 sykepleiere fra 9 sykepleie enheter	Det var i enkelte tilfeller ikke samsvar mellom meninger og selv rapporterte praksis. 52% svarte at de ofte brukte vitale tegn som smerteindikasjon. 29% svarte at de aldri, sjelden og av og til gav smertestillende før smertefulle prosedyrer. 37% svarte at de hyppig gav økt dose opoider hvis den vanlige ikke bedret smerteoppløsning.	Godkjent av sykehusets styre Svakhet at dette gjelder kun en institusjon. Styrke at det er et godt antall sykepleiere fra ulike sykepleie enheter.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrumen t	Deltakere/bortf all	Hovedresult at	Komment ar i forhold til kvalitet
Moyle et al. (2010) Journal of Clinical Nursing Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective Australia	Beskrive ansattes perspektiv av nåværende praksis i demens omsorg i en akutt setting og kritisk evaluere den nåværende praksisen i sammenlikning med hva litteraturen anbefaler	Kvalitativ studie.	13 deltagere, der 2 var intensiv sykepleiere, 1 var klinisk sykepleier veileder, 3 avdelings sykepleiere, 2 klinikk sykepleiere og 1 sykepleier. I tillegg var det intervjuet 1 medisiner og 3 sykepleier assistenter.	Større fokus på sikkerhet i pleien av demente enn verdighet og velferd. Tilnærmingen var å håndtere risiko mer enn å forebygge den.	Etisk godkjent. Studien viser holdninger som kanskje kan være ulike ut i fra hvordan kulturen er i et sykehus fra et annet.

Forfatter e Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrument	Deltakere/bortfa ll	Hovedresulta t	Kommenta r i forhold til kvalitet
Nolan (2007) British Journal of Nursing Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses views Irland	Utforske sykepleiers syn på å pleie elder med demens i en akutt sykehus setting.	Kvalitativ studie, dybde intervjuer.	7 sykepleiere med erfaring er fra akutt setting og pleie for demente.	Hindringer i miljø og flerfoldige oppgaver for sykepleieren innen visse tidsrammer, gjorde møtet med demente i en akutt setting vanskelig.	Etisk godkjent.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrument	Deltakere/bort fall	Hovedresul tat	Kommenta r i forhold til kvalitet
Schreiber et al. (2014) Pain managem ent Nursing Improving knowledge , assessment , and attitudes related to pain managem ent: Evaluation of an interventio n USA	Evaluering av en utdannings intervensjon designet for å forbedre smertebehandl ing i en akutt behandlings setting.	Kvantitativ studie, kvasi- eksperiment ell,	203 sykepleiere før og 138 etter intervensjonen.	Før og etter utdanningen svarte like mange og flere enn 20 % av sykepleierne 6 av 21 spørsmål feil som var essensielle for å kunne gi en effektiv smertelindri ng. Sykepleiern e hadde en hang til å bruke mer tid hos spesielle pasient grupper. Blant annet forvirrede eldre.	Etisk godkjent. Omhandler ikke demente, men sier noe om smertelindri ng til eldre og at eldre med forvirring tar mye tid.

Forfattere Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Horbury et al. (2005) The Journal of Continuing Education in Nursing Influences of patient behavior on clinical nurses pain assessment: Implications for continuing education 2005 Australia	Ønske om å lære om sykepleieres meninger og intensjoner ved administrasjon av analgetika i en akutt enhet, der det vektlegges om adferd og alder hadde påvirkning.	Kvantitativ, vignett studie.	886 sykepleiere fikk spørreskjema, respons var 221 svar.	Viser at sykepleier har vanskeligheter for å tro på pasientens selvrappport når den ikke samsvarer med forventet smerteadferd. Viser også at sykepleiere har tendens til å gi smertestillende ut ifra smerteadferde n til pasienten heller enn selvrapporering fra pasienten.	Godkjent av etisk komite. Omhandler ikke demente. Sier noe om tendensen til hvordan sykepleiere smerte vurderer og smerte lindrer ut i fra egne fortolkninger.

Forfatter e Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjo n /instrument	Deltakere/bortfal l	Hovedresultat	Kommenta r i forhold til kvalitet
Baillie et al. (2012) Nursing Older People Caring for older people with dementia in hospital. Part one: Challeng es 2012 England	Utforske sykepleier studenter s erfaring med omsorg til demente I sykehus	Kvalitativt	Av 464 sykepleier studenter ble invitert til deltagelse, 20 studenter, fra andre og tredje året, deltok i to fokusgrupper.	Sykehus miljøet var ikke tilpasset demente. Mangel på kunnskap, ferdigheter og holdninger medførte at omsorg ble vanskelig til demente. Da spesielt i forhold til ernæring, mobilisering, emosjonelle behov og kommunikasjon	Godkjent av etisk råd.

Forfattere Tidsskrift , tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensj on /instrumen t	Deltakere/bort fall	Hovedresultat	Komment ar i forhold til kvalitet
Coker et al. (2008) Applied Nursing Research Nurses perceived barriers to optimal pain managem ent in older adults n acute medical units. Canada	Undersøke om sykepleiere på akutt enheter mener at de bruker retningslinje r i smertelindri ng. Og å undersøke hvilke barrierer som hindrer optimal smertelindri ng.	Kvantitativ .	114 sykepleiere og 1 med annen yrkesbakgrunn svarte. (60% respons-rate)	72% mente at kartleggingsverk tøy var den foretrukne metoden. 28% brukte dette alltid til personer med kognitiv svikt. 94% sa de kom til å bruke det konsekvent i praksis. 78% var nettopp blitt klar over anbefalingen.	Etisk godkjent.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon /instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Marx et al. (2014). Journal of Gerontological nursing. Knowing versus doing. USA.	Utforske helsepersonellens kunnskap om demens, behovet for mer kunnskap og omsorgsmiljøet.	Kvantitativ	39 personer deltok. 38,5 % var sykepleiere, 56,4% var terapeuter, 5,1% var helsesekretær eller lege.	Gode teorikunnskaper. Behov for; trening i å forstå adferds symptomer som udekkede behov, Ferdigheter i kommunikasjon, Kunnskap i praktiske ferdigheter som å bruke ikke-farmakologiske metoder.	Godkjent av institusjonens styre.

