

# BACHELOROPPGÅVE

## «Pasientar med demens lider i stillheit»

Sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens

av

kandidatnummer: 55, Marita Orrestad  
kandidatnummer: 95, Marianne Steinsøy

## «Patients with dementia suffers in silence»

Nursing to pain affected patients with severe dementia

Bachelor i sjukepleie

Sk 152

Tal ord: 9811

Mai 2015

Veileiar: Merete Johnsen Dale



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva Demensramma lider i stillheit i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

kandidatnummer og Marita Orrestad

JA X            NEI\_\_

kandidatnummer og Marianne Steinsøy

JA X            NEI\_\_

## **Samandrag**

### **Tittel**

«Pasientar med demens lider i stillheit»

### **Bakgrunn**

Vi har begge erfaring som studentar på sjukeheim og har møtt mange pasientar med alvorleg demens. I sjukeheimar blir smerte hos denne pasientgruppa undervurdert og underbehandla, og forståelsen av pasientens behov blir ei utfordring. Temaet har og vore omtalt i media den siste tida. Dette viser at det er eit aktuelt tema å skrive om. Vi har kjent på manglande kunnskap og forståing, derfor er vi nysgjerrig på korleis vi som sjukepleiarar best mogleg kan ivareta denne pasientgruppa.

**Problemstilling:** «Sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorlig demens»

### **Framgangsmåte**

Oppgåva er ein litteraturstudie der vi har brukt tidlegare pensum bøker og andre bøker som omhandla vårt tema. Søk etter forskning er gjort i databasane Academic Search Premier, Medline og Chinahl og McMasterPlus. Vi har og brukt egne erfaringar til å belyse temaet.

### **Oppsummering**

For å kunne gi best mogleg sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens må sjukepleiar kunne vite korleis pasienten uttrykker smerte. Ved systematisk bruk av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy i pasientens kvardag kan ein fange opp smerte hos pasienten. Kartleggingsprosessen bør skje på tomannshand for å forhindre at pasienten blir distraherert og dermed unngå meir forvirring hos pasienten. For at pasienten skal få ein best mogleg behandling er det viktig at denne er individuell, dette fordi alle med ein alvorleg demenssjukdom har individuelle behov og er forskjellige slik som alle andre.

## Innhald

1	Innleiing .....	1
1.1	Bakgrunn for val av oppgåve .....	1
1.2	Formålet med oppgåva .....	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing og presisering .....	3
1.5	Oppgåvas disposisjon .....	3
2	Metode .....	4
2.1	Val av litteratur – teori .....	4
2.2	Søkeprosess etter forskning .....	4
2.3	Kjeldekritikk og vurdering av metode .....	5
3	Presentasjon av forskning .....	7
4	Teoretiske og etiske referanseområde .....	9
4.1	Kari Martinsen .....	9
4.2	Generelt om demenssjukdom .....	9
4.3	Smerte .....	9
4.3.1	Smerte hos eldre .....	10
4.3.2	Smerte hos eldre med ein alvorleg demenssjukdom .....	11
4.4	Smertekartleggingsverktøy til personer med demens .....	11
4.4.1	MOBID-2 smerteskala.....	11
4.4.2	Doloplus-2 .....	12
4.4.3	CNPI .....	12
4.5	Etiske vurderingar.....	12
4.5.1	Velgjørenheit .....	12
4.6	Kommunikasjon og relasjon med demensrammande personar .....	12
4.6.1	Relasjonskompetanse.....	14
5	Drøfting av sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens.....	15
5.1	Relasjon mellom sjukepleiar og den demensråka.....	15
5.2	Kommunikasjon mellom sjukepleiar og person med alvorleg demens .....	16
5.3	Smertekartlegging .....	18
5.4	Kartleggingsverktøy .....	20
5.5	Smertelindring.....	21
6	Konklusjon .....	23
7	Bibliografi .....	24

# 1 Innleiing

Den demografiske endringa i Noreg indikera at eldrebefolkninga vil meir enn doblast innan 2050 (Helse- og omsorgsdepartement, 2006, s. 10), og det vil derfor bli fleire eldre personar med ein demenssjukdom (Romøren, 2014, s. 29). Av den eldre befolkning i landet vårt er det at ca. 70.000 personar som har ein demenssjukdom. Bettina Husebø uttaler i Bergens Tidende den 26.april 2015 at 80 prosent av dei 70.000 personane som har ein demenssjukdom bur på sjukeheim og at 60 prosent av dei har daglege smerte (Husebø & Flo, 2015).

I sjukeheimar blir smerte hos denne pasientgruppa undervurdert og underbehandla. Dei har smerter og lider i stillhet (Brækhus, 2015). Det er viktig som sjukepleiar å minske pasientens smerte og ubehag, samt utføre lindrande og ivaretakande omsorg (Nortvedt, 2012, s. 97). Som sjukepleiar kan det ofte vere vanskeleg å tolke når ein person med alvorleg demenssjukdom har smerte. Det krev at ein har god opplæring og kunnskap (Husebø, 2015, s. 72). Dette er og noko som regjeringa har satt fokus på gjennom stortingsmelding 25, som legg grunnlaget for demensplan 2015 (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Ved demens er fleire av dei kognitive funksjonane svekka. Funksjonar som konsentrasjon, hukommelse, kritisk sans, resonneringsevne, språkfunksjon og evna til å tenkja abstrakt (Dietrichs, 2010). Sjukdommen demens er nevrodegenerativ. Det vil seie at nerveceller i hjernebarken gradvis døyr og forsvinn. Demenssjukdommen utviklar seg gradvis gjennom mange år i tre ulike stadia: mild, moderat og alvorleg (Engedal & Haugen, Demens, 2006, s. 18). Personar med demenssjukdom utgjer den tyngste og største pleie og omsorgsoppgåva for samfunnet. Denne utfordringa i helse – og omsorgssektoren vil auke med åra som kjem på grunn av den demografiske endringa (Helse og omsorgsdepartementet, 2011, s. 7).

Ved demens blir evna til å verbal kommunikasjon svekka, og ein får vanskar med å uttrykke seg verbalt (Szatkowski, 2004, s. 26). Som sjukepleiar har vi ansvar for at personar som ikkje lenger kan uttrykke sine behov ved hjelp av kommunikasjon får den hjelpen dei har rett på. For å ivareta pasientens skal sjukepleiar ivareta pasientens verdighet og integritet (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8)

## 1.1 Bakgrunn for val av oppgåve

Vi har begge erfaring som studentar på sjukeheim og har møtt mange pasientar med alvorleg demens. Ein pasient gjorde sterkt inntrykk på oss. Siste månaden var Per ofte urolig og vandra mykje. Spesielt på natta. Han ropte mykje, var aggressiv og lite samarbeidsvillig. Det blei observert grimasar i ansiktet til Per. Nokon gongar kunne han begynne å grine utan å kunne forklare kva som var gale.

Observasjon vi gjorde under legevisitt seier sjukepleiar til lege at han har fått beroligande medikament, men at det ikkje hjelper. Lege spør sjukepleiar om Per har smerter. Sjukepleiar seier at det ikkje er teikn til smerter og at det er symptom på demenssjukdommen som er framtreidande. Sjukepleiarane på denne avdelinga var dyktige og omsorgsfulle, men både vi og dei andre sjukepleiarane kjente på manglande kunnskap når det kom til korleis ein skal utføre sjukepleie til Per. Signala pasientar med alvorleg demenssjukdom sender ut blir ikkje forstått og tolka rett av omgivnadane og det er ein stor utfordring knytt til det å kartlegge smerter (Torvik & Bjøro, 2014, ss. 397-399).

Ei anna grunn for at vi vel å skrive om demens og smerter er at vi har lese om forskingsprosjektet KOSMOS ved senter for alders- og sjukeheimsmedisin ved UiB (2014). KOSMOS står for kommunikasjon, smertevurdering- og behandling, medikamentgjennomgang, aktivitetar og sikkerheit. Prosjektet har som mål redusere smerte og medikamentbruk. I følgje forskarane bak studia, blir det brukt mykje smertestillande medikament på norske sjukeheimar, men at pasientar enten blir feilbehandla eller overmedisinerte. Prosjektet skal bidra til å ivareta personar med demenssjukdom som bur på sjukeheim sine individuelle behov og dermed betre pasientane si fysiske og psykiske helse. Prosjektet viser at det i dag er fokus på smerter hos personer med demenssjukdom, og at det er eit aktuelt tema for oss å skrive om.

## 1.2 Formålet med oppgåva

Formålet med oppgåva er å skaffe oss meir kunnskap om smerter hos pasientar med demens. Vi meiner at som sjukepleiarar bør ein ha fagleg kunnskap for å kunne yte sjukepleie til smertepåverka pasientar i sjukeheim på ein etisk korrekt måte. Dette er kunnskap som vi føler vi ikkje kan nok om – og som kan føre til feilbehandling. Ynskje vårt er å finne ut om pasientar med alvorleg demenssjukdom får nødvendig smertebehandling og kva for tiltak vi som sjukepleiarar kan setje i verk. Formålet er å heve kunnskapsnivået vårt slik at vi kan gi pasientar med demenssjukdom den omsorga og behandlinga dei har rett på. Ut frå dette har vi valt problemstilling om smerte og demens.

## 1.3 Problemstilling

Studia viser at pasient med demenssjukdom ikkje får tilstrekkeleg smertebehandling (Nygaard & Jarland, 2005). For å kunne utføre ein tilfredsstillande smertelindring ligger grunnlaget for vurdering av smerter i at pasienten sjølv kan rapportere både behov for smertelindrande medikament og effekten av behandlinga (Lillekroken & Slettebø, 2013). Pasientar med moderat- eller alvorleg demenssjukdom har ikkje evne til å kunne reflektere over utviklinga og kvaliteten på smerta, heller ikkje kvar på kroppen dei har smerter og kor sterk smerte dei har (Husebø, 2015).

Problemstillinga er formulert slik: ***Sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorlig demens.***

#### 1.4 Avgrensing og presisering

Fokuset i oppgåva er på kva slags sjukepleietiltak ein kan setje i verk til demensramma med smerter. Vi vel å sjå vekk i frå dei som er heimebuande, men her ha fokus på dei som bur på sjukeheim. Det er fordi ein av tre sjukeheimspasientar i Noreg har ein demenssjukdom (Hjort & Waaler, 2010). Sjukeheim er ein arena som tilbyr heildøgns helse- og omsorgsteneste. Bebuarene får omsorg og behandling. Dei søv, eter og opphelder seg der heile døgnet (Hauge, 2014, s. 265). Fokuset vårt er på pasientar alvorleg demenssjukdom, då litteraturen og forskinga seier at det er pasientane med alvorleg demens som ofte får for lite smertebehandling blant anna fordi dei ikkje er i stand til sjølvrapportering (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sjukepleiefokuset vårt er frå Kari Martinsens omsorgsfilosofi som omhandlar kommunikasjon mellom pasienten og sjukepleiar. Alvorleg demenssjukdom er siste og tredje stadiet av sjukdommen der ein er så svekka at det er nødvendig med tilsyn heile døgnet (Engedal & Haugen, Demens, 2006, s. 18). Det er ingen avgrensingar når det gjeld kjønn, type demenssjukdom og alder. Vi har valt å bruke begrepet pasient i oppgåva. Vi begrunna dette med at i pasient – og brukarrettighetslova (Lovdata, 2001) blir pasient definert slik: «Ein person som henvendar seg til helse- og omsorgstenesta med anmodning om helsehjelp, eller som helse og omsorgstenesta gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

#### 1.5 Oppgåvas disposisjon

Oppgåva har ein innleiing, som omfattar bakgrunn for val av tema og problemstilling med avgrensing som er heile første kapittel. I andre kapittel presenterar vi metode, og korleis vi har valt å gå fram for å svare på vår problemstilling med val av litteratur og forskning. Teoridelen kjem i tredje kapittel. Vi presentera relevant teori i forhold til vår problemstilling. I kapittel fire drøftar vi teoridelen opp mot vår problemstilling. Dette ved hjelp av litteraturen og forskinga vi har valt saman med våre egne erfaringar frå tidlegare praksis. Konklusjon kjem i kapittel 5.

## 2 Metode

Metode er ein framgangsmåte for å få svar på problemstillinga (Dalland, 2012, s. 111) Vi nyttar litteraturstudie som metode i vår oppgåve. Framskaffinga og etterprøvinga av kunnskapen skal komme fram i metoden. Ved litteraturstudie innhentar vi data og kunnskap som allereie finst frå før(Dalland, 2012, s. 112). For å finne relevant litteratur har vi nytta systematisk elektronisk søk gjennom skulebiblioteket si heimeside. Vi har og funne litteratur etter bevisst tilfeldig søking. I startfasen leita vi i hyller på skulebiblioteket som omhandlar temaet demens og geriatri for å finne inspirasjon.

### 2.1 Val av litteratur – teori

I søket etter litteratur har vi brukt skulebiblioteket. Gjennom nettsida til skulebiblioteket har vi søkt i BIBYS Ask med søkeord som: smerter, Husabø, demens, geriatri. Då fann vi bøkene Demens – fakta og utfordringer av Engedal & Haugen(2009), Demensguide av Solheim(2009) og Demens av Szatkowski (2004). Vi brukar og tidlegare pensum som sykdomslære av Ørn mfl. (2011), vitenskapsteori for nybegynnere av Thurén (2009), omtanke av Nortvedt (2012) og Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten av Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff (2014), Helt ikkje stykkevis og delt av Jan Kåre Hummelvoll(2012), Vitenskapsteori for nybegynnere av Torsten Thuren (2009), Bære eller briste av Røkenes og Hanssen(2013). Med bevisst tilfeldig søking på skulebiblioteket kom vi tilfeldig over boka en verdig alderdom – omsorg ved livets slutt av Holm & Husebø (2015). Boka fenga oss veldig. Vi meina at boka var relevant for oss fordi den omtalar omsorg, vurdering og behandling av smerter hos pasientar med demens, samt den er av nyare dato. For å belyse Kari Martinsens omsorgsfilosofi har vi nytta boka hennes Omsorg, Sykepleie og Medisin(1991).I teorien om kommunikasjon er boka kommunikasjon i relasjonar av Eide & Eide (2012). For å skrive ein god oppgåve vil vi nytte boka metode og oppgåveskriving av Dalland (2012). I drøftingskapitlet har vi nytta boka drøft – lærebok i oppgaveskriving av Førland (1996) som vi blei anbefalt å bruke av lærarar på skulen.

### 2.2 Søkeprosess etter forskning

Først gjekk vi i databasen SveMed og søkte med norske ord som smerte, behandling, sjukeheim, demens, demenssjukdom og alvorleg demens for å oversett orda til engelsk. Søkte deretter i databasen McMasterPlus via helsebiblioteket sine nettsider med søkeord som pain, treatment, dementia, nursing home og dementia.



Vi har og søkt i databasen Academic Search Premier, og avgrensa søket med å velje databasane Cinahl og Medline. Søkeord som analgesic, dementia, dementia patients in nursing homes og pain fekk vi 30 treff. Etter at vi hadde bladd gjennom valte vi forskingsartiklar som var relevant for problemstillinga vår. Etterkvart som vi jobba med oppgåva og sette oss inn i valt litteratur kom det opp nye forskingsartiklar som vi ynskja å bruke. Desse leita med fram ved å lese valt litteratur og sjå i referanselistene til bøkene.

Forskingsartiklar vi har valt:

1. *«Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia».*
2. *«Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment»*
3. *«Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»*

### 2.3 Kjeldekritikk og vurdering av metode

Ein må vere kritisk til kjelder ein brukar når ein skriver oppgåver. Når ein kritisera kjelder gjer ein greie for kor relevans og gyldigheit litteraturen har. Ein svakheit i oppgåva kan vere at vi nyttar sekundærkjelde. Teksten kan både vere oversett frå andre språk, og den som presentera teksten kan ha vinkla teksten inn mot eit anna perspektiv enn det som forfattaren har. For å unngå dette bør ein helst nytte seg av primærkjelde. Vi har brukt ein del sekundærkjelder, men søkt opp til primærkjelde så langt det har latt seg gjere. I oppgåva bruker vi engelske forskingsartiklar. Ein svakheit kan vere feiltolking av tekst grunna språk. Ein styrke i oppgåva, meina vi, er boka «en verdig alderdom: omsorg ved livets slutt» av Holm og Husebø(red.). Boka er utgitt i 2015, og boka hadde fleire gode kapittel blant anna, «omsorg og behandling av demens» og «vurdering og behandling av smerte hos pasientar med demens» som stadig refererte til nyare forskning. Det kan vere ein svakheit at vi har brukt mykje litteratur og forskning som er gjort av same person: Husebø. Vi vel å sjå på det som ein styrke i oppgåva fordi Husebø er ein av dei ledande innan forskning om demens og alderspsykiatri saman med eit solid fagmiljø i Norge og ein rekke forskarar frå den internasjonale forskingsverda (Borthen, 2014).

Vår oppgåve er kvalitativ. Den kvalitative metoden skal ein prøve å fange opp meningar og kjensler, dette let seg ikkje talfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112). Oppgåva er ein litteraturstudie der vi har

brukt teori frå faglitteratur og forskning. Oppgåva vår er bygd opp på Humanvitenskap, naturvitskap og våre egne erfaringar. Naturvitskapen bygger på absolutt kunnskap. I denne samanhengen blir det syndromet demens, kva årsakene er og kva som gir smerte. Hermeneutikken bygger på forståing og fortolking (Thuren, 2009, ss. 20-21), og blir derfor kalla for fortolkningslæra. Personlegheit og handlingane til menneske kan tolkast, men og dei resultatane som kjem av dei handlingane eit menneske gjer kan tolkast. Hermeneutikken er empatien eller innlevinga. Den bygger på det å kunne forstå (Thuren, 2009, ss. 104-106). I hermeneutikken vil ein ikkje berre forklare, ein vil og kunne forstå. Denne tilnærminga kan vi bruke når vi skal prøve å forstå menneske, handlingane eit menneske gjer og resultatet av dei handlingane som blir gjort. Denne forma for tilnærming er aldri intersubjektiv testbar, dette er fordi den blir påverka av tre ting: Eigne vurderingar den som tolkar har, forforståinga til den som tolkar og kva slags kontekst det er i (Thuren, 2009, s. 113). Opplevinga av smerte kan vi forklare med litteratur i frå humanvitenskap og kvalitative forskingsartiklar. Vi har og hatt samtalar med sjukepleiarar i praksis i løpet av studietida vår, omkring pasientar med demens som er urolige og som ikkje kan gi uttrykk for sine smerter. Denne erfaringa er grunnlaget vårt for val av problemstillinga. Tilnærminga er hermeneutisk fordi vi vil prøve å forstå og fortolke om ein pasient med alvorleg demens har smerter og kva det inneberer. Når det er ein kvalitativ litteraturstudie det betyr at me tolkar dei dataene vi innhentar, og prøve å formidle ei forståing (Dalland, 2012, s. 112). Forforståinga vår seier noko om korleis me oppfattar verkelegheita. Alle menneske har ei forforståing, utan den hadde ikkje ein klart å forstått noko. Alt vi opplev tolkar vi som noko (Thuren, 2009, s. 68). Det å ha ein forforståing betyr at ein har ei meining om eit fenomen før ein set i gang med å undersøka det. Før ein set seg inn i eit nytt fenomen kan ein prøve å gå inn i det så forutsetningsløst som mogleg, men det er ikkje til å unngå at ein har tankar omkring det (Dalland, 2012, s. 117). I løpet av vår praksis har vi opplevd ein negativ forforståing omkring personar som er demensramma. Kjensla av at dei demensramma med smerter ikkje blir forstått har vore der ved fleire høve.

Vi skriv ein litteraturstudie, då gjenngir og tolkar vi tekstar som er skriva av andre. I ein litteraturstudie er det viktig at teksten blir presentert slik som det opprinnlege perspektivet var. Og at det blir referert til rett forfattar (Dalland, 2012, s. 73).

### 3 Presentasjon av forskning

#### **«Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial»**

(Husebø, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011).

Ein norsk randomisert kontrollert forskingsstudie som er blitt gjennomført i 18 sjukeheimar i fem kommunar på vestlandet. 352 deltakarar var med i studia. Alle deltakarane er over 65 år og har diagnosen moderat til alvorleg demens. Deltakarane blei delt opp i to grupper. Intervensjonsgruppa (175 deltakara) fekk individuell dagleg behandling av smerter i åtte veker med paracetamol, morfin, buprenorfin depotplaster eller pregabaline og ekstra oppfølging fire veker etter avslutta behandling. Kontrollgruppa (177 deltakara) fekk vanleg behandling og pleie.

Forskningsstudia viser at individuell smertebehandling signifikant reduserte åtferdsproblem hos pasientar med demens. Smerte og psykiatriske symptom blei og redusert ved bruk av denne smertebehandlinga. Dette kan vere åtferd gjennom verbal kommunikasjon som repeterande setningar og spørsmål, klager, negativisme og konstant førespurnad om å få oppmerksomheit. Smertebehandling hadde god effekt på rastlausheit hos denne pasientgruppa. Studia anbefala derfor at ein bør behandla slik åtferd med smertebehandling.

Denne studien opna og opp for at systematisk vurdering og behandling kan redusere åtferdsproblem utan å bruke psykotropiske medikament.

#### **«Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»**

(Lillekroken & Slettebø, 2013).

Ein norsk kvalitativ studie utført på sjukeheimar på Østlandet. Det blei samla inn data gjennom tre forskjellige fokusgruppe intervju, for å utforske sjukepleiarane sin erfaringar med smertekartlegging og smertelindring av pasientar med demens. I dei tre ulike fokusgruppe intervju var det seks, fem og sju deltakarar i kvar gruppe. Sjukepleiarane var mellom 24 og 61 år med arbeidserfaring på tre til trettifem år innan geriatri eller demensomsorg. Målet med studien er å utforske erfaringa sjukepleiarane har med smertekartlegging og smertelindring av personar med demenssjukdom. Det kommer fram i studia at det sjeldan blir brukt smertekartleggingsverktøy, men at dei hadde kunnskap om at det finst verktøy for å kunne måle smerte, men at smertekartleggingsinstrument ikkje kunne brukast på personar med demenssjukdom. Sjukepleiarane hadde ingen kunnskap om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Nokre av sjukepleiarane i studia uttrykte ønskje om felles retningslinjer og prosedyrar om korleis ein skal forholde seg til smertevurdering og

smertelindring. I følgje studia vil systematisk smertevurdering og dokumentasjon bidra til å fremme kvalitet i demensomsorga og uttøve fagleg forsvarleg praksis.

Eit etisk dilemma som kjem fram i studia er at sjukepleiarane ofte står ovanfor valet om å ivareta personen sin autonomi eller personens behov for smertelindring. Når personen som trenger smertebehandling seier han ikkje vil ha. Sjukepleiarane følte ofte frustrasjon då dei var sikre på at personen var smertepåverka og ikkje ville samarbeide, spesielt når det gjeld akutte smerte.

***«Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?»*** (Nygaard & Jarland, 2005).

Ein tverrsnittstudie blei gjennomført på 125 personar på tre forskjellige sjukeheimar i Bergen, dei hadde ein gjennomsnittsalder på 84 år. Forskningsstudie viser at pasientar med demenssjukdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasientar. Forskinga konkluderte med at om ein pasient har fått ein demensdiagnose, så hadde pasienten fire gongar so stor risiko for å ikkje få smertestillande, enn om ein ikkje hadde ein demensdiagnose. Det viste seg at dei med kognitiv svikt, men som ikkje hadde fått ein demensdiagnose fekk smertestillande på lik linje med kognitiv friske. Denne forskjellen mellom å gi smertestillande til pasientar med og utan ein demenssjukdom gjaldt behovsmedisin. Den regelmessige/faste medisin pasientane fekk dagleg var det ingen forskjell om ein hadde ein demensdiagnose eller ikkje. Det viste seg at det var ein nedgang i sjølvrapportering av smerte etter kvart som den kognitive svikta gjekk over i ein aukande alvorlegheitsgrad. Når hukommelsen sviktar og evna til å tenkje abstrakt minskar, blir det vanskelegare å vurdere smerte. Nygaard meiner at ansatte ved norske sjukeheimar ofte tyda signala frå ein pasient med ein demenssjukdom, på ein anna måte enn signala frå andre pasientar. Avvikande åtferd kan vere lett å koble opp imot demenssjukdommen som uro, vandring, passivitet eller aggresjon, men denne åtferda kan vere smertebetinga. Det kan vere vanskeleg å vite om ein pasient men ein demenssjukdom har smerter eller ikkje. Forskningsstudia påpeikar difor at ein ordentleg undersøking av pasientar med ein demenssjukdom er viktig. Nygaard og Jarland meiner at det kan vere verdt å prøve smertestillande tiltak om ein er usikker på om åtferda er smertebetinga eller ikkje, og sjå om det har noko verknad.

## 4 Teoretiske og etiske referanseområde

I teoridelen vil vi presentere litteratur å belyse problemstillinga vår.

### 4.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen er norsk sjukepleiar og professor som er anerkjent for sin omsorgsfilosofi. Ho meiner at ein må gå grunnleggande inn i sjukepleiar-pasient relasjonen for å forstå korleis ein kan ta ansvar for eit menneske som er sjuk. Kari Martinsen beskriv at omsorg er spesielt viktig i situasjonar kor sjukdom, lidning og funksjonshemming er til stades (Martinsen, 1991). Martinsen er opptatt av sjukepleiaren sitt betinga ansvar. Det vil seie at sjukepleiar har eit ansvar for pasienten der pasienten ikkje er plikta til å gjengjelde noko tilbake: det er sjukepleiaren som skal hjelpe, ikkje omvendt. Det er den faglærte kunnskapen og den faglege erfaringa som sjukepleiaren har som skal brukast, slik at pasienten får det best mogleg. Om ein pasient har høg- eller lav sosial status, eller utfordrande oppførsel, skal ikkje medføre at pasienten får dårlegare behandling enn andre (Martinsen, 1991). Omsorg er svært viktig fordi pasient med alvorleg demenssjukdom ikkje har autonomi og dermed er omsorga i våre hender.

### 4.2 Generelt om demenssjukdom

Demens er eit felles begrep på fleire sjukdommar som ramar fleire av dei intellektuelle funksjonane i hjernen. Det finnes ulike typar demenssjukdommar som ramar pasientane på ulike måtar. Uavhengig av kva type demenssjukdom ein pasient får, er det felles for alle at ein vil fungere dårlegare og dårlegare og til slutt bli heilt avhengig av hjelp. Det betyr at alle demenssjukdommane er progredierande (Skovdahl & Berentsen, 2014). I følgje Engedal og Haugen (2009, s. 18) er det vanleg å dele inn sjukdomsforløpet i tre stadia: mild-, moderat- og alvorleg demens. Ved mild demens påverkar sjukdommen daglege aktivitetar. Moderat demens er ein avhengig av hjelp frå andre. Pasientar med alvorleg demens er ikkje orientert for tid og stad og er ikkje i stand til å ta vare på seg sjølv, det er då nødvendig med kontinuerlig pleie og overvaking (Skovdahl & Berentsen, 2014). Store emosjonelle belastningar er ofte ein følge for pasientar med ein demenssjukdom. Pasient med alvorleg demenssjukdom har ein svekka sjukdomsinnsikt. Demenssjukdom er den psykiske lidinga dei fleste forbinder med eldre og alderdom. Den mentale evna har gradvis forsvunne og kan forårsake sorg og depresjon (Eriksson, 2012, s. 380).

### 4.3 Smerte

Smerte blir definert av den internasjonale foreininga for smerteforskning (IASP) som «en ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving assosiert med aktuell eller potensiell vevskade» (Torvik & Bjørø, Smerte, 2014, s. 390). I følgje denne definisjon er smerte ein subjektiv oppleving, dette vektlegg og McCaffery i sin definisjon: «smerte er det personen seier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, seier at han har smerte» (Torvik & Bjørø, Smerte, 2014, s. 390).

### 4.3.1 Smerte hos eldre

Eit vanleg helseproblem for eldre er smerter. Langvarige smerter(kroniske smerte) og akutte smerter er begge vanlege hos denne befolkninga. Det er fordi risikoen for å oppleve smerte aukar med alderen (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Førekomsten av smerte hos eldre er høgare hos den eldre som bur på sjukeheim enn den eldre som bur heime (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Studia (Rustøen m.fl, 2004) viser at slitasjegikt i muskel – og skjelettsystem, ulike sjukdommar som kreft og nevrologiske sjukdommar, seinfølgjer etter operasjon og ulykker, er dei vanlegaste årsakene til smerte (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Rygg, bein/kne eller hofta og andre ledd, er dei tre vanlegaste stadane på kroppen der eldre har smerte (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Det er mange forhold som ein lyt ta omsyn til når ein skal planlegge og gjennomføre smertebehandling hos eldre. Den medisinske behandlinga er det legen som har ansvaret for. Dette gjeld den medisinske utredninga av smerte hos den eldre pasient, stille diagnosar og avklare årsaksforhold (Torvik & Bjørø, 2014, s. 393).

Det er viktig å finne ut av kva som gjer at pasienten har smerte, og prøve å behandle det. Målet er at smerte skal lindrast og behandlast (Torvik & Bjørø, 2014, s. 399). Observasjon av den eldre pasient er viktig. Då får ein moglegheit til å sjå kvar og når pasienten har smerte. For oss som sjukepleiarar er dette ein viktig oppgåve då vi tilbring mykje tid med pasientane. Kartlegging av pasienten sine smerter har sjukepleiar ansvar for fortløpande. Ein skal sjå korleis smerta verkar inn på den eldre sine funksjonar og evna til å utføre daglege gjeremål. Smerte kan auke sjansen for inaktivitet, sengeleiekomplikasjonar og forsinka mobilisering (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392).

Når ein skal kartlegge smerte hos eldre er det viktig at vi som sjukepleiar veit kva som er normalt hos eldre eller ikkje. Dette gjeld både informasjon om smerta, årsaka og om smerta verkar inn på korleis pasienten fungera både fysisk, kognitivt og på det psykososiale. Det er viktig å kartlegge alt dette då smerta har stor innverknad på om den eldre pasient evnar til å ta vare på seg sjølv. Det er viktig at helsepersonell spør den eldre pasienten om han eller ho har smerte. Dette fordi dei eldre pasientane ofte ikkje fortel at dei har smerte, uoppfordra (Torvik & Bjørø, 2014, s. 393). Kartlegging og dokumentasjon av smerte bør skje regelmessig, dette er eit viktig grunnlag for å kunne vurdere utvikling og akutt forverring av helsetilstanden til den eldre pasient over tid (Torvik & Bjørø, 2014, s. 394). Smerterapportering av smerte er ofte basert på bruk av eit smerteinstrument, for eksempel Numeric Rating Scale (NRS) (Husebø, 2015, s. 73). For å kunne nytte eit slikt skjema må ein pasient både kunne hugse og samanlikne smerteerfaringar over fleire dagar og har refleksjonar relatert til ein framtidig utvikling, smertekvalitet, lokalisasjon og intensitet. Pasientar med alvorleg demens vil ikkje kunne vera i stand til å kunne vurdere sine plager (Husebø, 2015, s. 73).

### **4.3.2 Smerte hos eldre med ein alvorleg demenssjukdom**

Det er ei stor utfordring i å vurdere om personar med demens har smerte (Torvik & Bjøro, Smerte, 2014, s. 397). Ein person som lir av moderat eller alvorleg demens er ikkje i stand til å kunne vurdere sine egne plager (Husebø, 2015, s. 73). I sjukeheimar i Norge er det konkludert med at smerte er eit stort problem (Torvik, Kaasa, Kirkevold, & Rustøen, 2009). Pasientar med kognitiv svikt klaga mindre når dei har smerte enn dei kognitivt friske eldre, det visar forskning (Nygaard & Jarland, 2005). Dette er nok og grunnen til at det er registrert mindre smerte hos dei pasientane med nedsett kognitiv svikt enn pasientar som er kognitivt intakte (Torvik & Bjøro, 2008, s. 185). Forutsetningar for kompetent vurdering og behandling av smerte hos pasientar med demens er opplæring og kunnskap. Hovudutfordringa er at typisk smerteåtfærd kan likne på demensåtfærd. Dette kan føre til at pasienten får beroligande medisin istadenfor smertemedisin (Husebø, 2015, s. 72). Pasientar som har ein demenssjukdom får nedsett sine språkferdigheiter etter kvart som sjukdommen utviklar seg, og spesielt når sjukdommen kjem over i alvorleg demenstilstand. Når den verbale kommunikasjonen er svekka kan det resultera i at denne pasientgruppa får mindre analgetika enn dei kognitive friske, fordi dei klarar å sei i frå (Torvik & Bjøro, 2008, s. 185).

## **4.4 Smertekartleggingsverktøy til personer med demens**

Det er siste åra utvikla fleire skjema for å kartlegge smerte hos eldre som ikkje har evne til å uttrykke seg verbalt. Skjema er basert på observasjon av åtfærd. CNPI og Doloplus-2 er oversett og utprøvd i Noreg. MOBID-2 er eit observasjonsbasert smertekartleggings verktøy som er utvikla og utprøvd i Noreg (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398).

### **4.4.1 MOBID-2 smerteskala**

Mobilisation – observation – behaviour – intensity – dementia (MOBID-2) smerteskala er eit nytt evalueringsverktøy for å kartlegge smerter hos pasientar med demenssjukdom. MOBID-2 legger vekt på at pleiepersonalet observere smerteåtfærd hos pasienten under mobilisering i kvardagssituasjonar. Det er pasientens verbale uttrykk, endringar i ansiktsuttrykk og avvergereaksjonar som agitasjon, aggresjon eller apati og depresjon, som kan ha samanheng med opplevd smerte (Husebø, 2015, s. 75). Følgje Husebø er evalueringsverktøyet utvikla for bruk av pleiepersonalet slik at ein kan kartlegge smerte. For at pleiepersonalet skal kunne ta i bruk MOBID-2 bør dei ha gjennomført eit standardisert opplæringsprogram innan ulike typar smerter, smerteåtfærd, smerteintensitet og demensdiagnosar og –stadia. Evalueringsverktøyet er i to delar. Del 1 skal pleiepersonalet observere åtfærd relatert til smerter i muskulatur, ledd og skjelett. MOBID-2 del 2 i indre organ, hovud og hud (Husebø, 2015, s. 76).

#### **4.4.2 Dolopius-2**

Dolopus-2 er eit fransk smertekartleggingsskjema for kroniske smerte hos eldre som ikkje sjølv klarar å rapportere smerter. Kartlegginga er utprøvd på pasientar med demenssjukdom i sjukeheim og har vist gode resultat. Enkelte observasjonsområder er derimot vanskeleg å tolke spesifikt som smerteuttrykk. Det gjelder områder for psykososiale reaksjonar, som kan vere eit uttrykk for fleire ting (Torvik & Bjøro, 2014).

#### **4.4.3 CNPI**

Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) er eit kartleggingsverktøy som blei utvikla for eldre med hoftebrot. CNPI har vore testa ut hos eldre sjukeheimspasientar i Noreg og er tilfredsstillande og påliteleg når det gjelder denne gruppa. Om CNPI blir brukt til å vurdere smerte hos eldre som har eit mindre åtførdmessig smerteuttrykk er det fare for at smerte ikkje vil bli oppdaga (Torvik & Bjøro, 2014).

### **4.5 Ethiske vurderingar**

Tidlegare i oppgåva har vi nemnt at Kari Martinsens omsorgsteori er spesielt viktig fordi vi skriv om smerte hos pasientar med demens. I tillegg til omsorgsfilosofi handlar og sjukepleiefilosofi om dei verdimessege vala som ein gjer, dette inkludera og blant anna etiske verdiar (Martinsen, 1991). Når ein utøver sjukepleie er etikk eit viktig grunnleggande verksamheit. Det er mange svar på kva etikk er. Ein forklaring er at etikken forholder seg til verdien av kva som er godt og vondt for eit anna menneske (Nortvedt, 2012, s. 44). Personar med demens kan miste samtykkekompetansen heilt eller delvis. Dette grunna at dei ikkje er i stand til å forstå kva samtykke omfattar. Avgjersla om at pasienten ikkje lenger har samtykkekompetanse skal vere dokumentert skriftleg og begrunna (Engedal & Haugen, 2006, s. 396).

#### **4.5.1 Velgjørenheit**

Prinsippet seier noko om korleis ein som sjukepleiar skal oppføre seg – vere varsam og vise empati. Prinsippet tar og for seg kva du ikkje skal utsette pasienten for som ein del av din pleie. Det er viktig at du skal minimalisere pasientens smerte og ubehag samt utføre lindrande og ivaretakande omsorg (Nortvedt, 2012, s. 97).

### **4.6 Kommunikasjon og relasjon med demensrammande personar**

Det er fire grunnleggande perspektiv eller posisjoner i møtet mellom menneske ein kan oppleve situasjonen utifrå. Eigenperspektivet, andre perspektivet, det intersubjektive opplevingsfellesskapet og samhandlingsperspektive. I følgje Røkenes og Hanssen (2013) er det desse perspektiva som legg grunnlaget for all kommunikasjon og samhandling med andre. Det som er avgjerande og påverkar samhandlinga er i kva kontekst eller samanheng samhandlinga skjer i.



Demenssjukdom er som nemnt tidlegare ein progredierande sjukdom, det same gjeld for kommunikasjonssevna til dei pasientane som har ein demenssjukdom (Szatkowski, 2004, s. 26). I følge Eide og Eide (2012, s. 382) er det forsatt mykje ein ikkje veit om korleis ein best kan kommunisere med personar med demens. Når ein kommunisera med pasienten har ein eit særleg ansvar i å opptre relasjonsetisk: bruke bekreftande kommunikasjonsferdigheiter og ta utgangspunkt i pasientens oppmerksamheitsfokus (Eide & Eide, 2012, s. 382). Gradvis vil det skje ein endring i korleis den pasienten nyttar språket sitt, og stemmeføringa vil og endre seg langsamt. Mimikken og kroppsspråket vil då i dei fleste tilfelle bli meir framtrødande som ein måte og utrykke seg på. I sluttfasen når pasienten er komen inn i sjukdomsfasen som vi kallar alvorleg demens, vil kommunikasjonen i stor grad foregå ved bruk av kroppsspråk og mimikk (Szatkowski, 2004).

Samstundes som pasienten mistar sin verbale kommunikasjon så skjer det og ei endring i korleis pasienten med ein demenssjukdom oppfattar andre sin kommunikasjon. Det som skjer er at pasienten legg større vekt på korleis vårt kroppsspråk og mimikk er. Vi som skal kommunisere med ein pasient som har ein demenssjukdom må derfor vere bevisst i korleis vi brukar vårt kroppsspråk og mimikk (Solheim, 2009, s. 170).

Sjølv om pasientar med ein demenssjukdom er komme lang i forløpet, det som blir kalla for alvorleg demens, så har dei ofte forsatt ein god fysisk form. Når ein skal prøve å forstå kva ein pasient med ein demenssjukdom prøver å fortelje er det viktig at vi som helsepersonell nyttar oss av empati og fantasi for å kunne sette seg inn i kva som foregå i pasienten sin verden (Eide & Eide, 2012, s. 383).

Mimikken til pasientar med demens er umiddelbar. Ein kan derfor utifrå mimikken forstå kor vedkommande er i sin sinnstilstand. Nokre eksempel: er det symmetri i andletet? Korleis er huda? Er den tørr eller blank? Musklane på hals og i andletet skal ein legge merke til, er dei spente eller avslappa? (Szatkowski, 2004, s. 28).

Augene er og gode haldepunkt for korleis ein pasient med ein demenssjukdom har det (Szatkowski, 2004, s. 30). Er augestillingane raske, flakkande eller rolige? Klarar sjukepleiar å få augekontakt, og klarar den demensråka å halde det blikket fast? Sinne, angst, smerte, glede, sorg og angst, å kunne sjå forskjell på når pasienten er i desse fasane er viktig når ein skal samarbeide med pasientar som har ein alvorleg demenssjukdom. Dette er viktig for å kunne reagere rett ovanfor den demensråka pasienten i ulike situasjonar (Szatkowski, 2004, s. 30).

Korleis den demente nyttar stemma si stemmeføring, kan sei noko om kva pasienten prøver å formidle. Dette kan vere ein god peikepinn då språket ofte er minimert. Når ein lir av ein demenssjukdom er språket alltid råka. Det er veldig individuelt korleis språket blir påverka og kva

som er årsaka til det. For at pasient som har demens skal forstå oss som helsepersonell bør ein etterprøve det som blir sagt, eller korrigere seg sjølv slik at pasienten forstår kva som blir sagt (Eide & Eide, 2012, ss. 391-392).

Det å bekrefte er kjerna i kommunikasjon med pasientar med demens (Eide & Eide, 2012, s. 392). I følgje Eide og Eide skal ein i staden for å realitetsorientere og forhalde seg til sannheits – og verkelegheitsgehalt i det den demente seier, kan det vere viktig å gå med pasienten, og lytte og prøve å forstå det følelsesmessige budskapet som ligg i det pasienten seier eller gjer (Eide & Eide, 2012, s. 392). For at kommunikasjon mellom ein pasient med ein demenssjukdom og pleiepersonell skal bli best mogleg, er det lurt å ha minst mogleg rundt som gjer at pasienten må ta i bruk så mange sansar. Eldre og i større grad eldre som har ein demenssjukdom kan ha nedsett sansefornermingar eller blitt for følsame for sterke sanseintrykk. Den beste staden for kommunikasjon er på pasientens rom, der han kjenner seg trygg og det er få personar til stades. Kommunikasjon bør helst foregå på tomannshand, og ikkje bruka munn og kroppsspråk samstundes. For å få til ein best mogleg kommunikasjon bør det brukast så få kommunikasjonsformer om gongen (Szatkowski, 2004, s. 32).

#### **4.6.1 Relasjonskompetanse**

Som sjukepleiar har ein fått eit fagleg ansvar. Dette gjer til at pasientar har tiltru til oss, i relasjonen til pasienten gir dette oss som sjukepleiarar makt. For å berolige og utøve god sjukepleie er det viktig at vi kan stå for handlingar og kunne begrunne desse. For å utøve fagleg god praksis er det naudsynt med etisk refleksjon over det ein utøver (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 166).

Det er tre hovudpunkt som er viktige for å skape ein god relasjon: væremåte, empati og annerkjenning. Desse forholda er grunnleggande for at vi som fagpersonar skal framstå som gode og utvikla til pasientane. Ein del av det å vere profesjonell er å kunne vurdere om væremåten og stilen vi har er med på å fremme ein god relasjon. Det kan for eksempel vere om kledda vi har på oss er passande når vi utøver yrket vårt (Røkenes & Hanssen, 2013).

Det å kunne vise empati og forståing for korleis andre har det og kva slags følelsar som er aktive er viktig (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 180). Gjennom empati skal ein kunne forstå den andre uansett korleis følelsar den andre har. Kan vi kjenne oss att i det den andre føler? Følelsar hos oss som sjukepleiar spelar derfor ein rolle i empati. Å forstå det den andre forstår er det empati handlar om (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 180). For å skape ein god relasjon er det viktig for pasientane at dei føler seg sett. At vi som fagfolk møter dei med forståing, at pasienten føler seg trudd på, at pasienten føler at vi tar han/ho på alvor og at dei blir møtt som eit medmenneske. Det kjem fram av undersøkingar (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 18). I følgje Røkenes og Hanssen (2013) er dette med på å bygge tillit og tryggleik, og det gir pasienten ein oppleving av tilknytning og truverdigheit.

## 5 Drøfting av sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens

Drøftinga skjer i lys av allereie presentert forskning og teori, samt eigne erfaringar frå praksis.

Risikoen for å ha smerte auka med alderen (Torvik & Bjørø, 2014), og den demografiske utviklinga i Noreg tilseier at det vil bli fleire eldre i åra som kjem (Romøren, 2014, s. 29). Talet på personar med demens vil fordoblast innan 40 år, og det utgjør eit stort folkehelseproblem (Engedal, 2015, s. 62). Sjukeheimspasientar har høgare risiko for smerter enn dei som bur heime (Torvik & Bjørø, 2014). Vanlegvis spør sjukepleiar den eldre pasienten om han eller ho har smerte. Pasienten kan vanlegvis gjø informasjon om smerte, årsaka for kvifor han har smerte og i kor stor grad det påverka han. Om sjukepleiar spør Per om smerte, har Per ikkje evne til å svare på det (Husebø, 2015, s. 72). Husebø (2015, s. 73) skriver at det er fordi demenssjukdommen påverka dei kognitive funksjonane i hjernen, og pasienten vil ikkje vere i stand til å vurdere sine plager. Vidare skriver Husebø at pasientar med alvorleg demens ikkje har evne til å hugse og samanlikne smerteerfaring frå tidlegare. Heller ikkje fortelle om smerta si utvikling, kor på kroppen dei har smerte eller intensiteten på smerta. Per opplever smertas lokalisasjon, intensitet og kvalitet, men han er ikkje i stand til reagere på det adekvat (Husebø, 2015, s. 73). I følgje Husebø (2015, s. 72) bli pasientar som Per behandla med antidepressiva – eller antipsykotiske medikament i staden for å få smertelindring. At pasientar med demens får mindre smertelindring enn andre kognitivt friske sjukeheimspasientar blir og bekrefte i forskingsstudia til Nygaard og Jarland (2005).

Husebø (2015) påpeikar at det trengs god kunnskap og opplæring om for at ein skal kunne gi personar med demens ei god vurdering og behandling om og når dei har smerter. Husebø påpeikar som vi har nemnt tidlegare, at smerteåtfærd og demensåtfærd er mykje det same. Denne påstanden blir og bekrefte i forskingsstudia til Nygaard og Jarland (2005). Nettopp dette opplevde vi i praksis og. Det som kanskje ofte er smerteåtfærd blir oppfatta og behandla som demensåtfærd. Når det skjer viser forskning at pasientar med demens får beroligande medisin i staden for smertestilland (Husebø, 2015, s. 75). Det er viktig å bli kjent med pasientens bakgrunn og tidlegare sjukdommar. Som studentar var det viktig for oss å bli kjent med Per, slik at vi kunne skape ein relasjon mellom oss.

### 5.1 Relasjon mellom sjukepleiar og den demensråka

I følgje Røkenes og Hanssen (2013, s. 166) har sjukepleiarane ei makt ovanfor personane vi møter i vår yrkesutøving, dette fordi vi har eit fagleg ansvar. I møtet med pasientar som har ein demensliding er det viktig at vi opptrer på ein måte som gir pasienten ei kjensle av tryggleik og det å bli sett. Som sjukepleiarar skal ein etter beste evne gjere det som er til det beste for pasienten, og ein skal gi fagleg og omsorgsfull hjelp (Nortvedt, 2012, s. 96). Vi høyrer ofte både i media, på skule og i

arbeidslivet at det er for lita tid til å gi pasientar på sjukeheim ein heilhetlig pleie. Dei grunnleggande behova som stell, mat og medisinar er det som blir prioritert, og då må andre behov vike bort. Vår erfaring er at behov som medbestemming, individuell døgnrytme, sosial kontakt ikkje blir godt nok ivare tatt hos pasientar på sjukeheim.

Pasientar med alvorleg demens er på lik linje med alle andre eit medmenneske, med dei same grunnleggande behov og lengsel som alle andre. Dei har behov for å unngå å kjenne på ubehag, angst, einsamheit og avvising, men heller å kunne få vere ilag med andre der dei blir verdsett og forstått. Sjølv om ein lir av ein demenssjukdom har ein likevel behov for å ha kjensla av kontroll og meistring (Solheim, 2009, s. 43). Når ein arbeidar med menneske med demens har ein eit særskilt viktig ansvar, eit relasjonsetisk ansvar. Det betyr at ein skal ta utgangspunkt i pasienten sin oppmerksamheitsfokus og at ein tek i bruk bekreftande kommunikasjonsferdigheitar, og at pasienten på den måten får kjensla av å føle seg anerkjent (Eide & Eide, 2012, s. 382).

Som sjukepleiar skal ein kunne yte omsorg utan å forvente noko tilbake (Martinsen, 1991). Kari Martinsen meiner at ein yter omsorg ved å ha ei bestemt haldning. Den bestemte haldinga er at den som yter omsorg anerkjenna den andre utifrå han/ho sin situasjon. Det kravst at ein klarar å samhandle i ulike situasjonar. For å kunne klare å handle på ein omsorgsfull måte må ein ha ein forståing for den andre sin situasjon (Martinsen, 1991). I følgje Røkenes og Hanssen (2013) er kunnskap om kommunikasjon viktig. Som sjukepleiar er kunnskapen om kommunikasjon nødvendig for å få til ein god samhandling med pasienten

## **5.2 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og person med alvorleg demens**

Grunnlaget for all samhandling med andre menneske er kommunikasjon. Kommunikasjon er ein prosess mellom mottakar og sendar der det skjer ein gjensidig formidling (Eide & Eide, 2012, s. 169). Når ein skal forstå kva ein pasient med demens vil uttrykke er det viktig å ha kunnskap og kompetanse om korleis denne pasientgruppa kommuniserer. Når ein pasient har alvorleg demens er den mentale, emosjonelle, kognitive og fysiske svikta så stor at formidlinga av eigne behov blir utfordrande (Szatkowski, 2004). Måten personar med alvorleg demens kommuniserer på er ofte gjennom kroppsspråk og mimikk. Pasienten sin åtferd er det som kjem fram i kroppsspråket (Szatkowski, 2004). Helsepersonell kan bruke pasientens uttrykksåtferd for å forstå kva pasienten prøver å fortelje. Ofte kan dette bli framtrudande i korleis sinnstemninga til vedkommande er. I forteljinga om Per ser vi at han er sint og aggressiv. Kan han vere sint og aggressiv fordi han vil ha merksemd? Eller kan det vere eit symptom på åtferdsending ved demens? Eller kan det vere eit teikn på at Per har smerter? Forsking som er gjort påpeikar at avvikande åtferd kan vere smertebeinga, slik som uro og aggresjon (Nygaard & Jarland, 2005). Avvikande åtferd kan virke

fornuftig fordi denne åtferda kan virke angstdempande. Derfor kan åtferd som uro, vandring, sinne, roping og liknande vere den demensråka sin moglegheit til å kommunisere med andre (Szatkowski, 2004, ss. 69-70).

I situasjonen kring Per blei det reflektert blant helsepersonellet at åtferdsendinga kunne vere smertebetinga. Personalet konkluderte med at åtferda til Per mest truleg var ein forverring av demenslidinga. Vi som studentar fekk anledning til å kartlegge Per sin åtferdsending. Det gav oss moglegheit til å kartlegge kor Per er reint følelsesmessig. Når ein skal prøve å forstå kva ein pasient med ein demens prøver å uttrykke er det viktig at vi som sjukepleiarar nyttar oss av empati og fantasi. Empati og fantasi kan ein nytte for å sette seg inn i kva som foregå i pasientens verden (Szatkowski, 2004, s. 28). Kunnskap, empati, omsorg og respekt er viktig for å få god kontakt og kunne kommunisere godt med ein person med alvorleg demens (Eide & Eide, 2012, s. 383). For å kunne forstå kva pasienten prøver å fortelje oss må sjukepleiar ha nødvendig kunnskap for å klare å tolke dei teikna og signala pasienten gir. Sviktande verbal kommunikasjon kan nok ofte vere forklaringa på at pasient med alvorleg demens ikkje blir behandla for smerter (Torvik & Bjørø, 2008, s. 185). For å kunne forstå ein pasient med demens bør ein ha kunnskap om korleis dei viser at dei har smerter. Ofte blir dette formidla gjennom non verbal kommunikasjon. I situasjonen til Per kjem det fram at han ofte har grimasar og samanbite tenner, utifrå desse opplysningane kan ein tolke at Per prøver å formidle at noko er galt og at han kanskje kan ha smerter (Eide & Eide, 2012, s. 202).

I følge Szatkowski (2004) oppfatta pasientar med demens mest truleg korleis omgivingane rundt nyttar kroppsspråket meir enn det som blir formidla verbalt. Samstundes er det og grunn til og tru at pasientar uttrykkar seg lettare ved å bruke kroppsspråk enn å uttrykke seg verbalt (Solheim, 2009, s. 170). Korleis ein pasient med demens kommuniserer er individuelt. Kommunikasjon blir påverka både av indre og ytre faktorar. Det kan vera at pasienten har vanskar med å oppfatte det som blir sagt, eller det kan vere manglande konsentrasjonsevne. Det kan og vere at personalet snakkar utydeleg og fort eller at det er for mykje stimuli rundt pasienten (Solheim, 2009, s. 170). I situasjonen om Per blir det ikkje nemnt noko om korleis kommunikasjon mellom han og personalet var, men vi opplevde at den kunne bli betre. For eksempel kunne personalet kommunisert på tomannshand. Ein god plass for tomannskommunikasjon er i følge Szatkowski (2004, s. 32) på pasienten sitt rom. Der føler han seg trygg og er kjent med omgivingane. Det kan og vere andre fysiske hindringar som nedsett syn og hørsel som og kan påverke korleis den demensråka kommunisera. Synet er spesielt viktig då den demensråka brukar kroppsspråket til å forstå kva som blir sagt (Solheim, 2009, s. 170).

Det som og viser seg å ha god effekt på å skape ein god kommunikasjon er berøring (Eide & Eide, 2012, s. 210). Eldre kan ofte ha ein negativ haldning til sin eigen kropp og berøring kan vere med på å

motverke dette, og vere ein direkte støtte til å oppnå større eigenverdi og integritet. Det er mykje som tyder på at desto større kognitiv svikt den pasienten har, jo større positiv betydning kan berøring ha (Eide & Eide, 2012, ss. 210-211). Om vi tek utgangspunkt i Per så kan ein bruke berøring til å prøve å oppnå ein kontakt og dermed få til ein kommunikasjon mellom han og personalet. Når Per er aggressiv og sint kan det vere vanskeleg å klare å kommunisere og få oppmerksomheita hans, derfor kan berøring vere gunstig. For ved å legge handa på armen hans og halde den der til ein oppnår kontakt, kan vere eit nyttig hjelpemiddel. Dette fordi ein då kan oppleve at Per registrerar handa, for så å la blikket følgje handa til han oppnår augekontakt med sjukepleiaren.

I caset les vi at Per vandrar mykje, spesielt på natta. Personalet på avdelinga meiner dette er heilt vanleg og at mange av pasientane med alvorleg demens vandrar på natta. Vi som studentar fekk i oppgåve å kartlegge om aggresjon, sinnet og ropinga hadde ein samanheng med nattevandringa. Funna vi gjorde var at åtferdsendring kunne ha ein samanheng med at pasienten hadde smerte. I følgje Solheim (2009, ss. 339-340) kan fysiske plager som hovudpine, magevondt, urinvegsinfeksjon og liknande vere ein årsak til at demensråka vandrar på natta. Fysiske smerter er og meir framtrudande på natta når ein har komme til ro, og dette kan i følgje Solheim føre til nattevandring.

Roping som Per ofte gjer, kan skuldast fleire ting. Ein årsak kan vere smerte. Roping er ofte eit rop om hjelp, og pasienten kan føle seg redd og hjelpelaus (Solheim, 2009, s. 259). Erfaringa vi som studentar har fått, er at åtferd som roping sjeldan blir sett på som smertebetinga, men som ein del av symptoma på demenssjukdommen. Difor blir smertekartlegging viktig.

### **5.3 Smertekartlegging**

Smertekartlegging hos pasientar med demenssjukdom som har svekka evne til å formidle sin smerte verbalt kan kartleggast gjennom åtferd og kroppsspråk (Lillekroken & Slettebø, 2013). For å illustrere dette går vi tilbake til fortellinga om Per. Når vi går inn på rommet er han urolig og ropar. Det er vanskeleg å få han til å samarbeide. Per er ein av dei pasientane på sjukeheim som ikkje klarar å sette ord på at han har smerte. Per har reagert på smerta med roping og vandring. Reaksjonar frå sjukepleiar er at åtferda til Per er typisk demensåtferd. Per sin åtferd har forverra seg siste månaden, og forverring av åtferd er typisk når ein person med demens får ein akutt somatisk sjukdom (Engedal, 2015, s. 67). Sjukepleiar kan ofte ikkje klandrast. Sjukepleiar må ha læring, innsikt og kunnskap. Denne oppfølginga manglar ein i dag (Husebø, 2015, s. 75). Det kan og vere vanskelig å oppdage smerte hos ein pasient med demenssjukdom fordi symptoma kan mistolkast som ein brå forverring av sjølv demenssjukdommen (Husebø, 2015, s. 72). At det kan vere utfordrande å kartlegge om pasientar med demens har smerte kjem og fram i studia til Nygaard og Jarland (2005). Studia anbefala at ein utfører systematisk undersøkingar for å prøve å avdekke om åtferdsendringa er

smertebetinga eller ikkje. I følge Engedal (2015, s. 68) er det viktig at ein innfører bruk av standaliserte kartleggingsverktøy i sjukeheim, for å oppdage smerte hos pasientar med demens. Per er ein av mange pasientar på sjukeheim som plagast med smerter som ikkje blir kartlagt og som ikkje mottar smertebehandling. Som sjukepleiar er det vår fremste oppgåve å observera typiske teikn på smerteåtferd (Torvik & Bjøro, 2014, s. 397). Typiske smertekjenneteikn er forandringar i andletet, smertelydar, eller forandringar i bevegingar og avvergereaksjonar, som agitasjon og uro (Husebø, 2015) Målet med smertekartlegging er optimal smertelindring hos pasienten slik at livskvaliteten blir best mogleg. Dersom smerte ikkje blir oppdaga kan pasienten få alvorlege helsemessige konsekvensar. Det er fare for at pasienten blir inaktiv på grunn av sein mobilisering og sengeleiekomplikasjonar. Komplikasjonar kan vere pneumoni og djup venetrombose (Torvik & Bjøro, 2014, s. 392). Av erfaring vet vi at opplysningar om bakgrunnen til pasienten er viktig informasjon. Ein god resurs for sjukepleiar er pårørande (Solheim, 2009, s. 49). Dei kjenner pasienten godt – og kan gi opplysningar om pasientens tidlegare sjukdommar, smerte og smerteåtferd. Tidlegare medisinar pasienten har brukt og verknaden av den. Det kan vere at pasientar ikkje har pårørande. Opplysningar om pasienten kan ein og finne i pasientens journal.

I følge studia til Lillekroken og Slettebø (2013) veit sjukepleiarar at det finst verktøy for å kartlegge smerte, men at det sjeldan blir brukt kartleggingsverktøy. Vidare i studia kjem det fram at det er utvikla smertekartleggingsverktøy for personar med demenssjukdom. Det kom fram i studia at sjukepleiarane som var med i studia har lite kunnskap om observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Lillekroken og Slettebø påpeikar at det er viktig at det blir innført bruk av standardiserte kartleggingsverktøy for å oppdage smerte hos personer med demens. Det vil bidra til å fremme kvalitet i demensomsorga og uttøve fagleg forsvarleg praksis (Lillekroken & Slettebø, 2013). Når pasienten ikkje klara å sjølvrapportere om smerte bør sjukepleiar observere pasientens åtferd og sjå etter teikn som kan tyde på smerte (Husebø, 2015, s. 72). Helst bør sjukepleiaren som utføra kartlegginga kjenne pasienten. Funna som blir gjort i kartlegginga skal dokumenterast i pasienten sin journal (Hauge, 2014, s. 272).

For å kunne utføre adekvat sjukepleie til Per må ein som sjukepleiar i denne situasjonen arbeide kontinuerleg med datasamling ved observasjon og fysiske undersøkingar. Morgonstell kan vere ein god anledning for både observasjonar og fysiske undersøkingar (Husebø, 2015, s. 75). For eksempel kan ein aktivt mobilisere pasienten under morgonstellet og vurdere fortløpande pasientens respons som lydar, ansiktsuttrykk og avvergereaksjonar (Husebø, 2015, s. 76). Som sjukepleiar på ein sjukeheimsavdeling har vi erfart at ein ikkje brukar så mykje tid til stell av pasienten på morgonen, fordi sjukepleiar utfører medisinkontroll slik at morgonmedisinen er klar til frukost. Det blir ofte hjelpepleiar og assistentar som utførar morgonstellet, og den faglege kompetansen til sjukepleiaren

blir ikkje brukt. Som sjukepleiar er det då viktig å undervise pleiepersonalet om kartlegging av smerte hos pasientane.

Når Per sin helsetilstand har endra seg er det heilt nødvendig for sjukepleiar å gjere ytterligare observasjonar (Hauge, 2014, s. 271). For å kunne følgje endring av helsetilstanden til Per må tilstanden og situasjonen hans dokumenterast systematisk. Både i helsepersonellova og i forskrifta om pasientjournal viser til at det er krav om dokumentasjonsplikt der vurderingar, tiltak og gitt pleie skal dokumenterast. Likevel viser studiar at sjukepleiedokumentasjon manglar heilhetlig og struktur (Hauge, 2014, s. 272). Den manglande dokumentasjonen kan føre til problem i tenestetilbodet til Per som kan føre til ein trussel mot helsa hans (Hauge, 2014, s. 273). God dokumentasjon i avdelinga si dokumentasjonssystem er viktig slik at ein kan gjere ein systematisk gjennomgang av datasamling. Dette gir grunnlag for å drøfte pasienten sin situasjon med lege og andre fagpersonar om kva tiltak som skal i verksettast (Hauge, 2014, s. 271).

#### 5.4 Kartleggingsverktøy

I oppgåva har vi tatt for oss tre ulike observasjonsverktøy som ein kan kartlegge smerte hos pasientar med alvorleg demenssjukdom. Doloplus-2 er eit smertekartleggings skjema for kroniske smerte som ikkje klara å sjølvrapportere smerte (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398). Kroniske smerter kan blant anna vere slitasjegikt, ryggsmerte eller fibromyalgi (Torvik & Bjøro, 2014, s. 391). Skjemaet har vist gode resultat hos sjukeheimspasientar og kan vere eit nyttig hjelpemiddel for sjukepleiar på sjukeheim (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398). Systematisk kartlegging av pasienten med Doloplus-2 skjemaet kan ein fange opp at pasienten har smerte. Negative sida med Doloplus-2 skjemaet er ein har vanskar med å kartlegge intensiteten på pasientens smerte. Doloplus-2 skjemaet fangar bare opp at smerte er tilstade, og for sjukepleiar vil det vere ein dårleg smertekartlegging når den ikkje seier noko kor pasienten har smerte eller kor sterke dei er (Torvik & Bjøro, 2014).

Dersom pasienten har eit fall og får eit hoftebrot kan sjukepleiar kartlagge pasientens smerte i den akutte fasen med kartleggingsverktøyet Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). Torvik og Bjøro (2014) skriver at skjemaet er utvikla for å kartlegge smerte hos dei eldre utan verbalt språk og er tilfredstillande påliteleg når det gjelder det. Spesielt er skjemaet utvikla for bruk etter hofteoperasjon. Om CNPI blir brukt til å vurdere smerte hos eldre som har eit mindre åtferds messig smerteuttrykk er det fare for at smerte ikkje vil bli oppdaga. Grunnen kan vere at krava til å avdekke smerte er for små. Felles for Dploplus-2 og CNPI er at dei målar at smerte er tilstade, men ikkje kvar eller kor svak/sterk smertene er (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398).

Det observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 kartlegger sjukepleiar pasientens smerte under mobilisering i kvardagen. Sjukepleiar vil med dette skjemaet kunne kartlegge om



pasienten har uttrykk for smerte under mobiliseringa, intensiteten ein trur pasienten har og lokalisasjonen på smerta. Hos ein gruppe pasientar med alvorleg demenssjukdom har MOBID-2 skjemaet vist gode resultat til å avdekke smerte (Husebø, 2015). Om skjemaet skal avdekke smerte hos pasienten er den derimot avhengig av sjukepleiaren sin kunnskap og tolkingsevne av pasienten sin ikkje-verbale smerteteikn (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398). Sjukepleiar som utfører smertekartlegginga bør kjenne pasienten godt. Av erfaring veit vi det er mykje utskifting av personale på institusjon og det kan vere vanskeleg å bli godt kjende med den enkelte pasienten. Ledige vakter blir ofte fylt opp med ekstravakter med lite erfaring og kunnskap om smertekartlegging. For å få best mogleg og påliteleg smertekartlegging bør sjukepleiar gjennomføre eit standardisert opplæringsprogram om ulike demensdiagnosar og dei ulike stadia på sjukdommen. Opplæringsprogrammet bør og ha opplæring innan smerte, smerteåtfærd og smerteintensitet hos pasientar med alvorleg demens. MOBID-2 skjemaet har stor lokalisasjonsområde ein kan avdekke smerte. Ein kan kartlegge smerte i muskulaturen, i ledd, skjelettet, indre organ, hovud og huda (Husebø, 2015, ss. 75-76).

## 5.5 Smertelindring

Forskning viser at negativ åtfærd som klaging og negativisme blei signifikant redusert ved at ein byrja med ein individuell smertebehandling til personar med demens (Husebø, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011). Når ein skal starte med ein smertebehandling er det viktig med ein tverrfagleg plan, for å sikre at behandlinga blir best mogleg. Ein startar då med å kartlegge kvardagen til den som skal ha den aktuelle behandlinga. For at pasienten skal få ein best mogleg behandling er det viktig at denne er individuell, dette fordi alle med ein alvorleg demenssjukdom har individuelle behov og er forskjellige slik som alle andre. Sjølv om forskning (Husebø, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011) visar at smertebehandling har god effekt på negativ åtfærd som nemnt ovanfor er det og negative faktorar som kan påverke. I følgje Ranhoff og Engh (2014, s. 186) er det viktig å ta omsyn til personar med ein alvorleg demenssjukdom. Det er fordi eldre personar har fysiologiske endringar som ein må ta omsyn til. Det er blant anna nyre- og leversvikt som gjer at pasientar ofte har god effekt av mindre medisindosar. Normale aldersforandringar er med på å påverke absorpsjonen, fordelinga, effekten og utskillinga av legemiddel. Det er individuelt kor stor konsekvens aldring og sjukdom har og seie for legemiddeleffekten. Eldre og då ofte pasientar med alvorleg demens lir ofte av vekttaap, dette fører ofte til at det er nødvendig å justere legemiddeldosane (Ranhoff & Engh, 2014).

Som nemnt tidlegare i oppgåva så blir det nytta store mengder av antipsykotiske legemiddel i Noreg, mellom 20- og 40 prosent av personar med demens på sjukeheim brukar antipsykotiske legemiddel, noko som er eit høgt tal (Engedal & Haugen, 2009, s. 275). Per som vi blei kjent med i praksis fekk også antipsykotiske legemiddel, det blei begrunna med at han hadde endra åtfærd si den siste tida.

Det finst ikkje nokon generelle anbefalingar om at psykofarmaka verkar mot aggressiv og utagerande åtferd (Engedal & Haugen, 2009, s. 291). Dette skuldast i hovudsak dei hjerneorganiske forandringane som ein finn hos pasientar med alvorleg demens (Solheim, 2009, s. 185). I følgje Solheim (2009, s. 186) kan biverknadane ved bruk av psykofarmaka bli store og få ubehagelege konsekvensar for pasienten. Internasjonale anbefalingar om smertebehandling har ofte ekskludert personar med alvorleg demens i sine kliniske studiar. Sjølv om det er slik meiner Engedal (2015, s. 68) at det ikkje skal vere noko hinder for at dei same generelle anbefalingane for behandling av smerte med Paracetamol, NSAID-er og opioider ved sterke smerter. Kvifor blir det då brukt i så stor grad til demensråka personar på sjukeheim? Erfaring vi har fått oss gjennom praksis viser nettopp dette, at personar med alvorleg demens ofte har psykofarmaka som både fast og behovs medisin, men har på den andre sida lite smertestillande som er ordinert frå lege.

## 6 Konklusjon

I vår litteraturstudie har vi gjennom forskning kome fram til at pasientar med alvorleg demens i sjukeheim ikkje får tilstrekkeleg smertelindring. For å oppdage smerte hos pasientar med demens er det nødvendig innføring av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy i sjukeheim. Utifrå dei tre observasjonsbaserte kartleggingsverktøya som er drøfta i oppgåva meiner vi at Mobid-2 skjemaet er best eigna til å kartlegge smerte hos pasientar med alvorleg demens. Forskinga til Lillekroken og Slettebø viser at det i dag er manglande kunnskap hos sjukepleiarar om observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Det er knytt ei stor utfordring til å skilje smerteåtferd frå demensåtferd, åtferdsending og kan auke ved smerte. Det krev at opplæring, innsikt og kunnskap for å handtere pasientar med demens. Det blir i dag gitt mykje antipsykotiske legemiddel i istadenfor individuell smertestillande medikament. Individuell og trinnvis farmakologisk smertebehandling bør gjennomførast for at underliggande fysiske sjukdommar skal bli adekvat behandla. God tverrfagleg samhandling anbefalast. Tek ein seg tid til å reflektere over korleis vi som sjukepleiarar nyttar kroppsspråket vårt, lyttar og observera vil vi få med oss fleire non verbale signal frå pasienten. Det vil auke forståinga mellom pasient og sjukepleiar, det vil bidra til å gjere det lettare for sjukepleiar å gi pasientretta omsorg. På den måten kan sjukepleiar møte pasienten på ein god og fagleg måte.

Denne litteraturstudien viser at det er eit aktuelt tema som bør jobbast vidare med, då forskning viser at sjukeheimspasientar med alvorleg demens som har smerte blir underbehandla. Det er grunn til å anta at kunnskap og kompetanse vil bidra til auking av etisk refleksjon og styrke personalets tryggleik. Då er det større moglegheit for å imøtekomme pasientens behov for pleie som opprettheld deira verdigheit. Vi ser fram til å jobbe vidare med pasientar med alvorleg demens no som vi har fått meir kunnskap og forståing for denne pasientgruppa. Håpet vårt er at vi kan bidra med kunnskap som vi har fått gjennom denne litteraturstudia på vår framtidige arbeidsplass.

## 7 Bibliografi

- Borthen, U. (2014, Mai 19). Smertebehandling på dagsorden. *Helsefagarbeideren*, ss. 12-15.
- Brækhus, L. A. (2015, april 25). *Sykehjemspasienter med demens lider unødige*. Henta frå abcnyheter: <http://www.abcnyheter.no/livet/2015/04/25/222668/sykehjemspasienter-med-demens-lider-unodig>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dietrichs, E. (2010). Nevrologiske sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, & O. Røise, *Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg., ss. 385-408). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Engedal, K. (2015). Omsorg og behandling av demens. I S. Husebø, & M. S. Holm, *En verdig alderdom - omsorg ved livets slutt* (ss. 61-69). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2006). Demens. I K. Engedal, & P. K. Hauegn, *Demens - fakta og utfordringer* (4. utg., ss. 16-30). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2006). Rettssikkerhet for personer med demens. I K. Engedal, & P. K. Haugen, *Demens - fakta og utfordringer* (4. utg., ss. 385-402). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens - fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Eriksson, B. G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I J. K. Hummelvoll, *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg., ss. 377-400). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Bordtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Henta frå Stortingsmelding nr. 25: <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Oslo: Regjeringa.no.
- Hjort, P. F., & Waaler, H. (2010, Juli 1). *Demens frem mot 2050*. Henta frå Tidsskrift for Den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/article/1993496>
- Husebø, B. (2015). Vurdering og behandling av smerte hos pasientar med demens. I M. S. Holm, & S. Husebø, *En verdig alderdom - Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Husebø, B., & Flo, E. (2015, April 26). *Neddopet og glemt*. Henta frå Bergens Tidende: <http://www.bt.no/nyheter/innsikt/Neddopet-og-glemt-3347189.html>
- Husebø, B., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011, Mai 14). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia. *British Medical Journal*.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013, september). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Sykepleievitenskap*, ss. 29-33.
- Lovdata. (2001, Juli 1). *Lov om pasient- og brukarrettigheter*. Henta frå Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Kari Martinsen og TANO AS.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Henta frå NSF.no: [https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt. (2012). Begreper, teorier og prinsipper. I P. Nortvedt, *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk* (s. 44). Oslo: gyldendal Norsk forlag AS.
- Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2005, februar 28). 1.1 Are nursing home patients with dementia diagnosis at imcreased risk for inadequate pain treatment? *International journal of geriatric psychiatry*, ss. 730-737.
- Ranhoff, A. H., & Engh, E. (2014). Eldre og legemiddel. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 184-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 29-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2013). *Bære eller breste* (3. utg.). Bergen: Vigmostad og Bjørke.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 411-412). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solheim, K. (2009). *Demensguide* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Szatkowski, K. S. (2004). *Demens* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thuren, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal norsk Forlag AS.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2008). Smertekartlegging og behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen, & A. Klopstad, *Ulike tekster om smerte* (1. utg., ss. 182 -195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.

Torvik, K., & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., & Rustøen, T. (2009, januar 26). Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *ScienceDirect*, ss. 1-20.

Universitetet i Bergen. (2014, oktober 24). *Senter for alders- og sykehjemsmedisin*. Henta frå Uib.no: <http://www.uib.no/sefas/81326/kosmos-studien>