

Helle Heimsbakk
Julie Henriksen
Solveig Siljuberg

Smertelindring til pasienter med langtkommen demens i sykehjem

"Hvordan kan sykepleier identifisere og lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?"

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2021

Helle Heimsbakk
Julie Henriksen
Solveig Siljuberg

Smertelindring til pasienter med langtkommen demens i sykehjem

"Hvordan kan sykepleier identifisere og lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?"

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Smertelindring til pasienter med langtkommen demens i sykehjem	Dato: 20.05.21
Forfattere:	Helle Heimsbakk Solveig Siljuberg Julie Henriksen	
Veileder(e):	Kristian Ringsby Odberg	
Stikkord /nøkkelord	Dementia, Pain management, Nurse	
Antall sider/ord:	41sider / 9819	Antall vedlegg: 0
Bakgrunn:	<p>Personer med demens er økende i en stadig aldrende befolkning, og de fleste sykehjemsplasser opptas av pasienter med demens. Det antas at over halvparten som lever med sykdommen opplever smerter. Det er utfordrende og komplekst å kartlegge og lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens. Utfordringen fører til behov for økt kompetanse blant sykepleiere på sykehjem.</p>	
Hensikt:	<p>Belyse problematikken og viktigheten rundt smertelindring til pasienter med langtkommen demens i sykehjem, samt vise til hvordan sykepleier kan forsterke sin kompetanse.</p>	
Problemstilling:	<p>“Hvordan kan sykepleier identifisere og lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?”</p>	
Metode:	<p>Litteraturstudien er gjennomført med strukturerte søk i databasene Cinahl, Medline Ovid og Pubmed. Det ble valgt 5 artikler, en kvalitativ studie med kvantitativ komponent og fire kvantitative.</p>	
Resultat:	<p>Ut ifra våre funn trekkes det ut tre sentrale temaer for smertelindring til pasienter med demens: Feil- og underbehandling, kartlegging og tolking av smerter, symptomer på smerte/demens og effekten av smertestillende.</p>	
Konklusjon:	<p>Feil- og underbehandling forekommer ofte hos pasienter med demens. Grundig vurdering og evaluering av smerter, fører til større sjanse for å sikre tilstrekkelig smertelindring. Samtidig spiller kunnskap, bemanning, tid, evaluering av medisiner og relasjon mellom pasient og sykepleier en betydelig rolle for smertelindring. God smertelindring virker positivt på livskvalitet og følelse av egenverd hos pasientene.</p>	

ABSTRACT

Title:	Pain relief for patients with advanced dementia in nursing homes	Date: 20.05.21
Authors:	Helle Heimsbakk Julie Henriksen Solveig Siljoberg	
Supervisor(s)	Kristian Ringsby Odberg	
Keywords	Dementia, Pain management, Nurse	
Number of pages/words: 41 pages/ 9819	Number of appendix: 0	
Background: The number of people with dementia are increasing in an ever-aging population, and most resident spots in nursing homes are occupied by patients with dementia. It is estimated that more than half of those living with the disease experience pain. Identifying and reducing pain in patients with advanced dementia is challenging and complex. This challenge leads to a need for increased competence among nurses working in nursing homes.		
Objective: The purpose of the study is to highlight the importance of pain relief for patients with advanced dementia in nursing homes. As well as discuss how nurses can increase their competence for providing pain management to patients with advanced dementia.		
Research question: “How can nurses identify and relieve pain in patients with advanced dementia in nursing homes?”.		
Methods: The literature study was conducted with structured searches across the databases of Cinahl, Medline Ovid and Pubmed. Five articles were selected, including four quantitative studies and one qualitative with a quantitative component.		
Result: Based on the findings, three key themes for pain relief for patients with dementia are drawn: Medication error and undertreatment, identification and evaluation of pain, symptoms of pain/dementia and the effect of painkillers.		
Conclusion: Wrong treatment and undertreatment often occur in patients with dementia. Thorough assessment and evaluation of pain, leads to a greater chance of ensuring adequate pain relief. Knowledge, staffing, time constraints, evaluation of medication and relations between patient and nurse also play a significant role for pain treatment. Furthermore, research shows that sufficient pain relief has a positive impact on patient’s overall quality of life and sense of self-worth.		

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
<i>1.2 Oppgavens problemstilling og hensikt</i>	5
2.0 TEORIBAKGRUNN	5
2.1 Demens	5
2.2 Symptomer på demens	6
2.3 Smerter	6
2.4 Ulike kartleggingsmetoder og behandling	6
2.5 Sykepleierens rolle	8
2.6 Svikt i kommunale tjenester	8
3.0 METODE	9
3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	9
3.2 Søkestrategi	9
3.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.4 Fremgangsmåte for utvelgelse	10
3.5 Kritisk vurdering av litteraturstudien	11
3.6 Forskningsetiske overveielser	12
4.0 RESULTATPRESENTASJON	13
4.1 Presentasjon av artikler	13
4.2 Sammenfattet resultat	19
4.3 Feil- og under behandling	19
4.4 Kartlegging og tolkning av smerter	20
4.5 Symptomer på smerte/demens og effekten av smertestillende	21
5.0 DRØFTING	21
5.1 Hvorfor blir pasienter med demens underbehandlet?	21
5.2 Kartlegging av smerter kan være utfordrende	25
5.3 Hvem har ansvaret for tilstrekkelig kompetanse?	28
5.4 Hva kan riktig smertelindring gjøre for pasienten med demens?	30
6.0 KONKLUSJON	32
LITTERATURLISTE:	35

1.0 INNLEDNING

Det er økende forekomst av demens i en stadig aldrende befolkning, og omtrent 100 000 personer i den norske befolkningen har sykdommen (Engedal, 2021). Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som forårsaker kognitiv funksjonssvikt i hjernen (Bertelsen, 2016). Som følge av antall rammede av sykdommen, opptas 84% av sykehjemsplassene på norske sykehjem av pasienter med demens (Folkehelseinstituttet, 2021). Det antas at antallet kommer til å dobles frem til år 2040, som fører til økt hjelpebehov og press på økt kompetanse blant sykepleiere på sykehjem (Helsedirektoratet, 2017). Derfor er det viktigere enn noen gang å sikre riktig og helhetlig behandling til pasienter med demens (Engedal, 2021).

Smerter forekommer ofte hos pasienter med demens, og det antas at over halvparten er smertepåvirket (Helsedirektoratet, 2017). Smertelindring er en essensiell del av sykepleierens oppgaver, og er et viktig ledd for å oppnå helhetlig sykepleie. Helhetlig sykepleie innebærer at sykepleier har nok kunnskap til å observere og identifisere grunnleggende behov og iverksette individuelle sykepleietiltak. Fravær av smerter og ubehag er et grunnleggende behov som bør dekkes for at pasienten skal ha en opplevelse av god livskvalitet (Heyn, 2016). Livskvalitet defineres som et subjektivt fenomen, da det handler om din egen opplevelse av tilfredshet i livet. Det er også et flerdimensjonalt begrep, som vil si at din opplevelse av det fysiske, psykiske og sosiale har betydning for hvordan du vurderer din egen livskvalitet (Rustøen, 2016). Smertelindring innebærer å lindre smerte ved både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling er ofte hensiktsmessig (Leegaard og Winger, 2016). Grunnet litteraturstudiets begrensede omfang, omhandler oppgaven kun medikamentell behandling, til tross for at ikke-medikamentell behandling er en viktig komponent av helhetlig smertelindring.

Smertelindring til pasienter med demens er utfordrende av sammensatte årsaker (Sandvik, 2020). Det er begrenset dokumentert forskning på utredning og behandling av smerter hos pasienter med langtkommen demens (Helsedirektoratet, 2017). Langtkommen demens vil omfatte moderat til alvorlig kognitiv svikt, ettersom mild kognitiv svikt ikke vil være like omfattende (Skovdahl, 2020). Heretter når demens nevnes, menes det pasienter med langtkommen demens i sykehjem. Bacheloroppgavens tema er smertelindring til pasienter

med demens i sykehjem. Tema er valgt på bakgrunn av utfordringer vi har erfart i praksis, da vi opplever et kunnskapsgap i det å identifisere og behandle smerter til pasienter med demens.

1.2 Oppgavens problemstilling og hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse problematikken og viktigheten rundt smertelindring til pasienter med demens i sykehjem, samt vise til hvordan sykepleier kan forsterke sin kompetanse. Problemstillingen til oppgaven er som følgende:

«Hvordan kan sykepleier identifisere og lindre smerter hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?».

2.0 TEORIBAKGRUNN

I dette kapittelet henvises det til relevant teori som er med på å belyse ulike perspektiver relatert til problemstillingen.

2.1 Demens

Demens deles i tre undergrupper; Primær degenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Ved primære degenerative sykdommer skades hjerneceller i stort omfang gradvis, eksempelvis Alzheimers. Vaskulær demens oppstår av skader i hjernevevet fra for eksempel infarkt. Sekundær demens kommer av en rekke tilstander og skader, som for eksempel ved langvarig alkoholforbruk (Engedal og Haugen, 2018a). Med tanke på at smertelindring er et tema som berører alle typer demens, innsnevres ikke oppgaven til kun en demenstype. Alle typer demens er progredierende og sykdomsforløpet varierer ut ifra hvilken type demens og generell helsetilstand (Engedal og Haugen, 2018a). Demens fører til betraktelig hukommelsessvikt. Normale hverdagslige aktiviteter blir utfordrende å utføre, som for eksempel å kle på seg og ivareta personlig hygiene. Gjenkjennelse av nære personer og omgivelser blir krevende. Samtidig kan personen oppleve økt problem med å kommunisere og uttrykke seg slik at han blir forstått (Skovdahl, 2020).

2.2 Symptomer på demens

Hvilke symptomer som oppstår hos pasienter med demens avhenger av type demens og sykdommens progredierende faser. Pasienter med demens kan oppleve svikt i læringsevne, konsentrasjon og kan få humør symptomer som angst, agitasjon og depresjon (Skovdahl, 2020). Symptomene kan utartes slik at pasienten opptrer urolig, har repetitive bevegelser, roper, sparkes, slår, biter, vandrer og viser krenkende atferd overfor andre. Det er ikke uvanlig at pasienter med demens har flere kombinasjoner av nevnte symptomer. Desto flere kombinasjoner av symptomer, jo mer utfordrende blir behandlingen. Årsak til ovennevnte symptomer kan skyldes flere årsaker, blant annet smerter (Skovdahl, 2020).

2.3 Smerter

De vanligste smertene hos pasienter med demens kan være muskel- og skjelettplager, fallskader, infeksjoner, nevrologisk betinget smerte og psykisk smerte (Helsedirektoratet, 2017). Smertereseptorer påvirkes av smertestimuli som for eksempel temperatur eller vevsødeleggelser. Reseptorene sender signaler tilbake til hjernen slik at man får en refleks om å fjerne seg fra det som er smertefullt (Bjålie *et al*, 2018). Smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse. Underrapportering av smerter kan forekomme, som følge av at smertene kan være større enn det pasienten får uttrykt med ord (Almås, Berntzen og Danielsen, 2017). Den optimale måten å kartlegge og identifisere smerter på er at pasienten rapporterer smertene selv. Pasienter med demens får ofte problemer med å uttrykke seg verbalt, noe som fører til at det blir vanskelig å ordlegge smerter i henhold til lokasjon, opphav og intensitet. Derav vil smertene gis ved uttrykk på en annen måte (Huseboe og Sandvik, 2014). Tegn på smerter kan være rynker i pannen og skremt ansiktsuttrykk. Atferdsendring, som for eksempel rastløshet, uro, endret holdning eller verbale uttrykk som for eksempel roping og stønning kan også forekomme. Andre eksempler kan være nedsatt appetitt eller nattevåke (Skovdahl, 2020). Tegn på smerte kan også være at pasienten forholder seg mye i ro og unngår mobilisering, som følge av ubevisst unngåelse av belastning av smertefulle områder (Huseboe og Sandvik, 2014).

2.4 Ulike kartleggingsmetoder og behandling

Enkelte pasienter med demens er utfordrende å gi medisiner til, enten i form av at de nekter eller ikke er kapable til å ta det imot (Kirkevold, 2018). Smertetrappen er en fremgangsmåte

for å behandle smerter, hvor grunnprinsippet er å starte med lavest styrke medikament og bevege seg oppover ved behov. Det er tre trinn, hvor dose, styrke og forskjellig medikament forandres etter grad av smerte. Sentrale medikamenter i smertetrappen er paracet, NSAIDs og opioider (Mæhre, 2020). Smertestillende preparater kan gi bivirkninger som kan føre til uønsket effekt. For eksempel kan langvarig bruk av paracet føre til leverskade, og langvarig bruk av NSAIDs kan påføre magesår. Opioider gir ofte en beroligende effekt i oppstartsfasen, som kan føre til søvnighet og hallusinasjoner. Ruseffekt kan også oppstå, samtidig som det er avhengighetsskapende og overdose kan føre til respirasjonsstans (Aronsen *et al*, 2016).

I norske sykehjem er det høy bruk av psykofarmaka hos pasienter med demens (Benth, *et al*, 2017). Psykofarmaka er en legemiddelgruppe med forskjellige undergrupper (Malt, 2021). Flere legemidler i gruppen psykofarmaka har kjente bivirkninger som for eksempel søvnvansker, obstipasjon, sederende effekt og svimmelhet (Aronsen *et al*, 2016). Bivirkningene kan gi ringvirkninger som fører til smerter og økt urolighet. Psykofarmaka, og da spesielt antipsykotika kan føre til forverring av demens og økt fare for slag (Benth *et al*, 2017).

Bruk av flere legemidler på en gang er vanlig blant pasienter med demens grunnet komorbiditet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Komorbiditet betyr samsykelighet, det vil si en forekomst av flere sykdommer samtidig (Hem og Malt, 2020). Bivirkninger av interaksjoner med smertestillende legemidler og psykofarmaka kan forekomme. For eksempel kan benzodiazepiner og opioider gi uønskede bivirkninger som sedasjon og respirasjonsdepresjon (Statens legemiddelverk, u.å). Interaksjoner er at den biologiske effekten av et legemiddel påvirker et annet legemiddel og gir uønskede bivirkninger eller opphever virkningen av hverandre (Aronsen *et al*, 2016).

Det har blitt utviklet flere verktøy og observasjonsskjema for å kartlegge og identifisere smerter hos pasienter med demens. Mobid-2 og Doloplus-2 er anbefalt i nasjonale retningslinjer for lindrende behandling til pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2017). Mobid-2 skala er et verktøy som registrerer helsepersonellens observasjoner til smerterelatert atferd. Kartleggingsverktøyet er delt opp i to deler. Del en brukes til å kartlegge smerter

relatert til muskel- og skjelettsystemet og del to kartlegger smerter fra indre organer, hode og hud (Huseboe og Sandvik, 2014). Samt har Mobid-2 en protokoll for hvordan man skal smertelindre etter total smerteskår. Protokollen ligner på smertetrappen, hvor prinsippet er å starte med laveste dosering og langsom økning (Huseboe og Sandvik, 2014). Doloplus-2 er en observasjonsbasert smerteskala delt inn i somatiske, psykomotoriske og psykososiale reaksjoner. Det er underpunkter som skal observeres og skåres på en skala fra 0-3 (Helsedirektoratet, 2017).

2.5 Sykepleierens rolle

Sykepleieren har et faglig og etisk ansvar for smertelindring til pasienter med demens. Sykepleierrollen innebærer også et personlig ansvar for vurderinger og handlinger som utøves. Videre må sykepleieren ha kompetanse om aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer som regulerer tjenesten (Larsen og Stidahl, u.å). I henhold til yrkesetiske retningslinjer vises det til at sykepleieren har et ansvar om å lindre lidelse og yte omsorgsfull hjelp. Sykepleieren har ansvar for å holde seg oppdatert faglig og bygge på erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Samt bidra til at ny kunnskap benyttes i praksis (Larsen og Stidahl, u.å). Rapport fra norske sykehjem viser at 83% av sykepleiere opplever tidspress, som går utover evnen til å yte forsvarlig og tilstrekkelig helsehjelp (Bratt, Gautun og Øien, 2016). Sykepleiere opplever å ha dårlig tid som følge av høyt bruk av ufaglærte, høyt sykefravær og sykepleiemangel (Lillekroken og Slettebø, 2013).

2.6 Svikt i kommunale tjenester

Tilsynsmyndighetenes oppgaver er å undersøke, gjøre overveielser og konkludere om kommunene følger aktuelle lovverk, med formål om å medvirke at innbyggernes behov for tjenester blir ivaretatt. Flertallet av kommuner opplever at eldre med sammensatte og omfattende behov for er sårbare og utfordrende å behandle. Tilsynsmyndighetene foretok en undersøkelse som inkluderte mer enn 500 tilsyn over to år, i omkring 70% av landets kommuner og bydeler. Funnene viser til at om lag to tredeler av kommunene i undersøkelsen svikter på aktuelle lovkrav. Helsepersonell svikter i å fange opp, melde ifra og ivareta pasienter med demens. Det ble og avdekket svikt i regelmessighet og kontinuitet til pasienter med demens. Flere kommuner hadde ikke klar plassering av det faglige og administrative ansvaret for håndtering av legemidler. I tillegg ble det oppdaget fravær av systematisk

opplæring, og at helsepersonell uten nødvendig kompetanse ble satt til å dele ut medisiner (Skjær & Steen, 2018).

3.0 METODE

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på tidligere strukturert gjennomgang av eksisterende forskning og litteratur. I dette kapittelet utdypes metoden som er brukt i oppgaven. Databaser, søkeord og antall treff blir bekjentgjort og beskrevet. Metoden inneholder inklusjons- og eksklusjonskriterier. Samt fremgangsmåte for utvelgelse av vitenskapelige artikler. Kvalitativ og kvantitativ metode blir beskrevet, kritisk vurdering blir foretatt og det blir gjort rede for forskningsetiske overveielser.

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitative og kvantitative studier er ulike fremgangsmåter for forskning. Kvantitative studier bruker eksperimentelle metoder og/eller metoder som involverer bruken av nummer i innsamling av data, og funnene kan bli brukt i andre sammenhenger. Kvantitative studier pleier å involvere mange deltakere. Kvalitative studier er opptatt av å utforske mening og fenomener for å forstå helheten av en situasjon. Dataene er ofte samlet gjennom intervju, hvor de videre bruker forklaringene til deltakerne i studien (Aveyard, 2014). Vi inkluderer både kvantitative og kvalitative studier i oppgaven, som gir oss ulike perspektiver for å kunne svare bedre på problemstillingen.

3.2 Søkestrategi

Databasene som er brukt for å søke etter vitenskapelige artikler er PubMed, Cinahl og Medline Ovid. Sentrale søkeord er som følgende: dementia, painkiller, pain management, pain, nurses, mood syndrome, identification og nonverbal communication. I søkefasen var målet å finne gode fagfellevurderte artikler med problemområde smertelindring hos pasienter med demenssykdom. Vi presenterer fremgangsmåte av artikkelsøkene i en søkematrise og flytskjema.

3.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier er en metode som anvendes i oppgaven for å identifisere relevant forskning.

Tabell nr. 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Forskning som ikke er eldre enn 10 år• Fagfellevurdert• Engelsk eller norsk• Akademisk tidsskrift• Omhandler pasienter med demens• Smertelindring	<ul style="list-style-type: none">• Sykehus• Ikke-medikamentell

3.4 Fremgangsmåte for utvalgelse

Tabell nr.2: Søkematrise

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgte Artikler
1.Dementia 2.Painkiller	Cinahl	1 and 2 Linked full text English language 2010-2021 Peer reviewed	55	Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia
1.Analgesic 2.Alzheimer's disease	Cinahl	1 and 2 Linked full text English language 2010-2021 Peer reviewed	22	Persistent use of Analgesic Medications in Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease

1.Pain 2.Dementia	Cinahl	1 and 2 Linked full text English language 2010-2021 Peer reviewed Aged 65+ years Middle aged: 45-64 years	42	Exploring the prevalence of and factors associated with pain: a cross-sectional study of community-dwelling people with dementia
1.Demens	Cinahl	Peer reviewed Siste 5 år	32	Kjennetegn- sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter.
1. Nursing home 2. Dementia 3. Experience 4. Nurses 5. Suffering	PubMed	1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6 Publisert: Siste 5 år	29	Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes

3.5 Kritisk vurdering av litteraturstudien

Vi stiller oss kritiske til egen gjennomførelse av litteraturstudien. Vi har begrenset erfaring og kunnskap på utvalgt emne, og artikler som kunne vært mer relevante kan ha blitt utelatt.

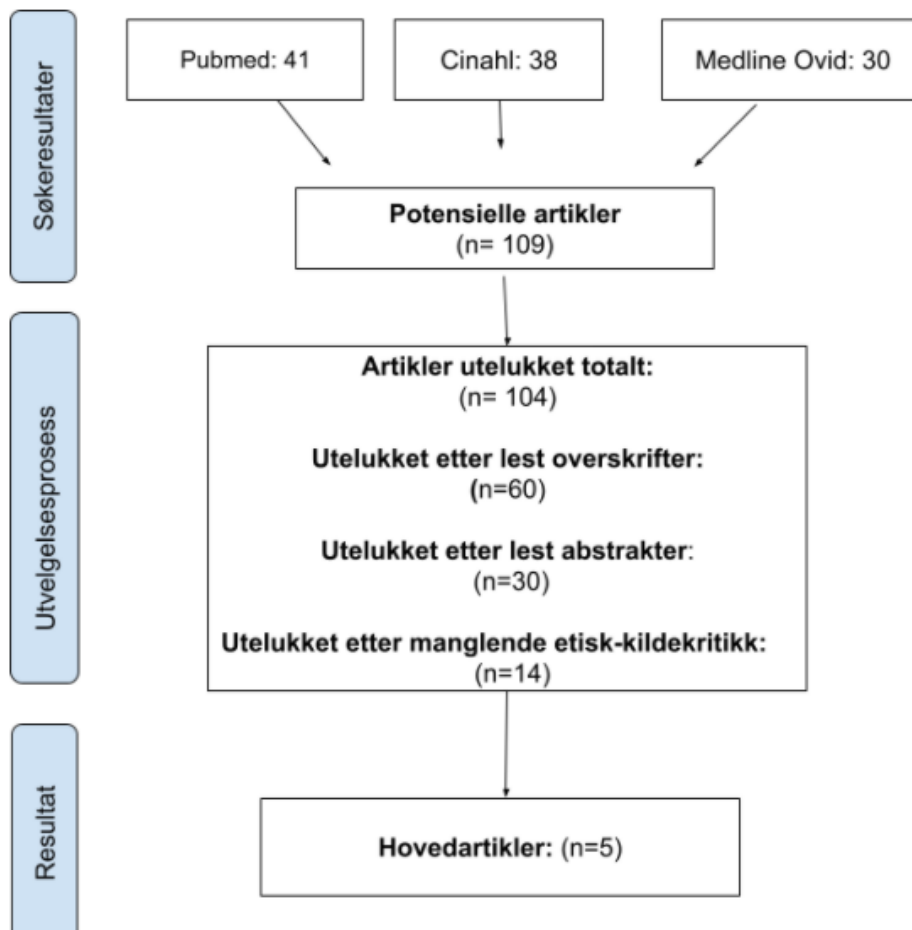
Samtidig vurderer vi artiklene våre som relevante for problemstillingen, og de har blitt nøye lest igjennom flere ganger. Fire av fem artikler var engelskspråklige, og feiltolkninger kan ha forekommet. På grunn av begrenset forskning på smertelindring til pasienter med demens av nyere tid, har vi valgt å inkludere forskningsartikler helt tilbake til 2013. Litteratur eldre enn 11 år ble ekskludert fra studiet, for å sikre relevant og oppdatert forskning. Vi stiller oss likevel kritiske til andre kilder vi har brukt, ettersom de kan være utdaterte. Derimot ble litteraturen studert nøye og vurdert som relevante til nyere tid og vår problemstilling. Samt

var alle fem hovedartikler fra europeiske land, noe som var et kriterium for at det i aller størst grad skulle være overførbart til norske helsevesenet.

3.6 Forskningsetiske overveielser

God etikk er et viktig aspekt i vitenskapelig forskning. Interessen for å hente ny kunnskap bør veies opp mot å beskytte personvern, integritet og velferd for individene i undersøkelsene (Forsberg og Wengström, 2016). Et kriterium for utvelgelse av artikler var at etiske overveielser ble vurdert i forhold til å forske på pasienter med demens. Vurderingen av etikk var viktig med tanke på at det er en sårbar pasientgruppe uten samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Anonymitet blant deltakerne ble ivaretatt i alle studiene. Fire av artiklene ble godkjent av etiske komiteer (Aarsland *et al*, 2013; Andrieu *et al*, 2013; Hughes, Parsons og Passmore, 2015; Grov *et al*, 2019). Det ble ikke gitt etisk godkjenning i Bišćević *et al* (2020). Studien omhandlet sykepleiere på sykehjem, der deltakerne var samtykkekompetente, deltok frivillig og var klar over studiens formål. Vi vurderte derfor at etikken i studien ble ivaretatt.

Figur 1: Flytskjema



4.0 RESULTATPRESENTASJON

I dette kapittelet vil de ulike artiklene bli presentert, der det avslutningsvis fremvises et sammenfattet resultat.

4.1 Presentasjon av artikler

Tabell nr. 3: Presentasjon av artikler

Artikkel nr. 1	Aarsland, D., Fritze, F., Husebo, B.S., Sandvik, R.K. (2013) Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial, <i>Wiley online Library</i> , volum 29, s.828-836. DOI: https://doi.org/10.1002/gps.4063
Land	Norge
Kritisk analyse	<p>Studien er kvantitativ og vurderes som generaliserbar ettersom det var inkludert 352 pasienter fra flere norske sykehjem. Det ble hentet skriftlig godkjenning fra nære pårørende til pasientene i studien, da de ikke var samtykkekompetente. Det ble gitt godkjenning for gjennomføring av studiet fra regional komite for medisinsk etikk, Vestlandet.</p> <p>Svakhet; ikke brukt kontrollgruppe, mangler noen å sammenligne med for å se forskjell underveis i studien.</p> <p>Styrke; tilføyde 4 uker etter endt behandling, for å se om symptomene kom tilbake igjen etter medikamentene ble fjernet fra systemet.</p>
Hensikt	Hensikten var å finne ut om smertestillende gitt over en periode hadde effekt på symptomer som humør symptom og depresjon. Eventuelt hvilken effekt smertestillende hadde.
Metode	Deltakerne i studiet var pasienter med moderat til alvorlig demens, med forstyrrelser i adferd. Pasientene fikk smertebehandling daglig over en periode på 8 uker. Det ble foretatt en oppfølging på 4 uker etter slutt i

	smertebehandlingen. Smertestillende som ble gitt var paracetamol, forlenget frigjøringsmorfin, buprenorfin smerteplaster eller pregabalin.
Resultat	Resultatet viser til nedgang i symptomer som depresjon, apati, irritabilitet, nattevåke og appetittforstyrrelser. Angst og urolighet hadde derimot ikke noen ingen signifikant betydning.
Konklusjon	Depresjon og andre symptomer som påvirker humøret hadde en betydelig effekt av smertebehandling. Symptomene bedret seg betraktelig.

Artikkel nr.2	Andrieu, S., Brefel-Courbon, C., Gallini, A., Gardette, V., Lapeyre-Mestre. M., Vellas, B., the REAL.FR/DSA group.(2013) Persistent use of Analgesic Medications in Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease, <i>Springerlink</i> , Volum 30, s. 439-445. DOI: https://doi.org/10.1007/s40266-013-0070-3
Land	Frankrike
Kritisk analyse	<p>Kvantitativ studie som vurderes som generaliserbart på grunn av varighet på 4 år, som viser progresjon og forandring. Det er også et høyt antall pasienter inkludert i studien. Forskningen ble godkjent av lokale etiske komiteer og etiske komiteer for hvert deltakende universitet.</p> <p>Svakhet; Fokus på mild-moderat Alzheimers i hjemmet. Vi velger derimot å bruke den ettersom Alzheimers er den mest utbredte undergruppen av demens og funn er overførbare til sykehjem (Engedal, 2019).</p> <p>Målingene er i hovedsak basert på pårørende og helsepersonells hukommelse, og data kan ha blitt borte i forhold til om medisinene ble tatt eller ikke.</p> <p>Styrke: Innhentet data over tid viser sammenhengen mellom sykdomsprogresjon og bruken av smertestillende.</p> <p>Sammenligner med tidligere litteraturstudier.</p>
Hensikt	Hensikten var å forske på vedvarende bruk av smertestillende hos pasienter med Alzheimers.

Metode	595 pasienter med mild-moderat Alzheimers ble fulgt opp over en periode på 4 år. Vedvarende bruk av smertestillende ble definert som bruk av analgetika for minst 6 mnd. i sammenhengende periode. Assosierte faktorer ble identifisert med pasient-kontroll- og kohortstudier.
Resultat	Statistisk viser resultatet betydelige assosiasjoner med sykdomsvarighet, sykdomsprogresjon og bruk av analgetika.
Konklusjon	Det er lavere kontinuerlig bruk av smertestillende hos pasienter med mild til moderat Alzheimers, sammenlignet med eldre pasienter uten demens. Ved moderat til alvorlig Alzheimers var det ingen signifikant økning i bruk av smertestillende i sykdommens progredierende faser.

Artikkel nr.3	Hughes, C.M., Parsons, C., Passmore, P. (2015) Exploring the prevalence of and factors associated with pain: a cross-sectional study of community-dwelling people with dementia, <i>Wiley online library</i> , volum 24. s.270-282. DOI: https://doi.org/10.1111/hsc.12204
Land	Nord-Irland
Kritisk analyse	<p>Kvantitativ studie, som vurderes som generaliserbar til norske forhold. Blant annet fordi studien bruker det internasjonale kartleggingsverktøyet mini-mental state examination, som også brukes i Norge. Studien har fått godkjenning fra nære pårørende med tanke på samtykkekompetanse, og etisk godkjenning fra forskningsetisk komite i Nord-Irland.</p> <p>Svakhet; størrelsen på utvalget var mindre enn det forskerne hadde håpet på, som førte til at kjiqvadrattesten og regresjonsanalysen ble ufullstendig i noen tilfeller. Forskningen ble foretatt hos pasienter med demens som bodde hjemme og ikke på sykehjem. Vi velger likevel å bruke denne artikkelen da funn i studien er overførbare til pasienter på sykehjem.</p>

	<p>Styrke; omsorgspersonen for pasienten måtte ha kontakt med pasienten minimum 3 ganger i uken, i minimum 3 år. Omsorgspersonen kjenner vedkommende godt og kan lettere se endringer i pasientens atferd.</p>
Hensikt	<p>Hensikten var å undersøke utbredelse av smerte hos pasienter med demens, samt bruken av ulike medikamenter i denne pasientgruppen.</p>
Metode	<p>206 pasienter med mild-moderat demens ble inkludert, samt deres viktigste omsorgspersoner. Data ble samlet inn ved intervju ansikt til ansikt. Pasientene ble screenet for depresjon, og en full medisinhistorie ble tatt. De ble bedt om å beskrive smertene de opplevde fra 1-7 der og da, og på en gjennomsnittlig dag.</p> <p>Kjikkvadrattest ble brukt for å finne ut sammenhengen mellom bruk av smertestillende og graden av demens. Regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom tilstedeværelsen av smerte og blant annet; depressive symptomer, psykiatrisk historikk, og bruk av medikament både mot smerter og psykiatriske symptomer.</p>
Resultat	<p>Det ble funnet en signifikant forskjell mellom omsorgspersonens og pasientens rapportering av smerte. To femtedeler av pasientene ble foreskrevet smertestillende. Antidepressiva ble forskrevet oftere enn antipsykotisk, hypnotisk og angstdempende legemidler. Psykoaktive medisiner var forskrevet ofte hos denne pasientgruppen.</p>
Konklusjon	<p>Som resultatet viser til, blir det forskrevet en del psykoaktive medisiner. På grunn av bivirkninger bør medikamentene brukes med forsiktighet hos eldre mennesker, og de utgjør ytterligere risiko hos pasienter med demens. Til tross for risiko og bivirkninger, er psykoaktive medisiner svært vanlig å bruke mot atferd som oppleves som utfordrende, når denne atferden kan komme av smerter. Behandling med smertestillende har vist seg å bedre uro hos pasienter med demens.</p>

Artikkel nr. 4	Grov, E.K., Halvorsrud, L., Rostad, H.E., Utne, I. (2019) Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter, <i>Sykepleien forskning</i> , Volum 14, s. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.79184
Land	Norge
Kritisk analyse	<p>Kvantitativ studie, som er generaliserbar på grunn av at studien ble utført på 16 forskjellige sykehjem i 4 fylker i Norge. I tillegg tar studien for seg spesifikt pasienter med langtkommen demens. Studien fikk skriftlig samtykke fra pasientenes nærmeste pårørende før studiestarten. Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) godkjente studien.</p> <p>Svakhet: Mangler et helhetlig bilde på smertestillende bruk da spesifikk data om medikamenter ved behov ikke er inkludert.</p> <p>Styrke: Bruker validerte og reliable kartleggingsinstrumenter. Er basert på demografisk karakter, og kan derfor sammenligne på et større felt innenfor problemstillingen.</p>
Hensikt	Hensikten var å kartlegge smerter blant sykehjemsbeboere med langtkommet demens, og undersøke hva som kjennetegner pasientene som er smertepåvirket.
Metode	Inkludert 112 pasienter fra 16 sykehjem. Data om bruk av smertestillende legemidler og psykoleptika ble samlet fra pasientens medisinlister. Sykepleierne på sykehjemmene brukte et skjema for å for å samle inn demografiske data. Sykepleierne brukte også kartleggingsverktøy for å samle inn klinisk data om depressive symptomer, smerter, agitasjon, somatisk helse, nevropsykiatriske symptomer, ADL-funksjon og livskvalitet.
Resultat	To tredeler av beboerne hadde smerter, disse igjen hadde høyere gjennomsnittsskår for nevropsykiatriske symptomer og scoret lavere på livskvalitet, sammenlignet med beboerne som ikke hadde smerter. Studiet

	fant en sammenheng med økt hjelpebehov hos pasienter med smerter, samt at de scoret høyere på depressive symptomer.
Konklusjon	Funnene viser til at denne pasientgruppen har lavere livskvalitet enn beboere uten smerte. Dette fører igjen til at denne pasientgruppen har større behov for omsorg, behandling og pleie.

Artikkel nr.5	Bišćević M., Čustović S., Grbić K., Hamrin-Senorski, E., Jašarević A., Jašarević M., Krupić F., Spahić E., Svantesson E., Westin O., (2020) Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes. <i>Med Glas (Zenica)</i> , Volum 17, s. 216 - 223 DOI: 10.17392/1042-20
Land	Sverige
Kritisk analyse	<p>Kvalitativ studie med kvantitativ komponent, og vurderes som overførbare og generaliserbar, fordi den er utført blant sykepleiere på flere sykehjem i Sverige. Derimot er det nødvendig å være kritisk til at sykepleie utøves forskjellig i andre land, og overførbareheten svekkes derfor. Studien ble derimot gjennomført i perioden 2017-2018, som gjør funnene overførbare og aktuelle til dagens samfunn.</p> <p>Svakhet; omhandler postoperativ smertelindring til pasienter med demens etter hoftebrudd, men vi ser på studien som relevant fordi den omfatter sykepleiers perspektiv på smertelindring på sykehjem.</p> <p>Styrke; alle sykepleierne som deltok hadde jobbet i minst 6 år, som gjør at de har en del erfaring og har opplevd forskjellige pasientsituasjoner.</p>
Hensikt	Hensikten var å undersøke sykepleiernes erfaringer i behandling av postoperative smerter etter hoftebrudd, hos pasienter med demens i sykehjem.
Metode	Selvrapporing fra sykepleiere som deltok i spørreundersøkelse med 23 spørsmål.

Resultat	Alle sykepleierne rapporterte at det å identifisere smerter til denne pasientgruppen innebar hovedsakelig non-verbal kommunikasjon, ettersom den verbale kommunikasjonen ble borte. Det var en kompleks prosess å vurdere smerte hos pasienter med demens.
Konklusjon	Det er behov for variert fremgangsmåte og ulike former for å evaluere smerteopplevelsen hos pasienter med demens. Funnene viser viktigheten av tid, tverrfaglig samarbeid og nytten av holistisk tankegang for å oppnå optimal behandling.

4.2 Sammenfattet resultat

Tematisk innholdsanalyse resulterte i 3 temaer:

Feil- og underbehandling

Kartlegging og tolking av smerter

Symptomer på smerte/demens og effekten av smertestillende

4.3 Feil- og under behandling

Basert på utfordringen med å tolke atferden hos pasienter med demens, har man grunn til å tro at det forekommer en del feil- og underbehandling. Hughes, Parsons og Passmore (2015) undersøkte smerteintensitet hos pasienter med demens, ut ifra atferd og uttrykk.

Medisinbruken ble også studert nøye (Hughes, Parsons og Passmore, 2015). Over halvparten av pasientene i studien opplever smerter daglig i varierende grad. Omsorgspersonene rapporterer at pasienten har smerter, oftere enn det pasienten gjør selv. Det kommer også frem at det blir forskrevet og gitt mer psykofarmaka enn smertestillende, til tross for at den bakenforliggende årsaken til humørendringer kan skyldes smerter. Studien påpeker viktigheten med gjennomgang av legemidler hos pasienten regelmessig, for å kontrollere hensiktsmessigheten og sikre at riktig behandling blir gitt (Hughes, Parsons og Passmore, 2015).

Andrieu *et al* (2013) forsket på bruken av smertestillende til pasienter med kognitiv svikt, sammenlignet med kognitivt friske. Funn viser at personer med kognitiv svikt, får mindre

smertestillende enn personer som er kognitivt friske. Et annet funn var at jo mer sykdommen progredierte, desto mindre smertestillende legemidler ble gitt til denne pasientgruppen. Videre vises det at pasienter med kognitiv svikt kan oppleve å ha forstyrrelser i hvordan de opplever smerter, grunnet at sykdommen påvirker områder i hjernen som kontrollerer smerteoppfatning. Feil- og underbehandling av smerte fører til større risiko for fall, funksjonshemming og depresjon. Videre kan utilstrekkelig smertebehandling også føre til forverring av demenssymptomer som følge av psykologiske årsaker, samtidig som det kan øke progresjonen på sykdommen (Andrieu *et al*, 2013).

4.4 Kartlegging og tolkning av smerter

Tid, tverrfaglig samarbeid og en holistisk tankegang er viktig for å oppnå optimal smertelindring hos pasienter med demens (Bišćević *et al*, 2020). Non-verbal kommunikasjon er sentralt i evaluering av smerte hos pasienter med demens. Sykepleierne ga tilbakemelding på at de måtte være observante på eget kroppsspråk, stemmeleie, ansiktsuttrykk, berøring og øyekontakt i møte med pasienten. God tilnærming er også essensielt for å oppnå en god relasjon til pasienten, og dermed lettere se forandring i atferd. Atferdsendring kan være tegn på smerte (Bišćević *et al*, 2020).

Sykepleierne mente at observasjon av pasientens humør og atferd var grunnleggende for å vurdere smerter hos pasienter med demens. Samtidig brukte sykepleierne målinger som puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens. Søvnproblemer og manglende appetitt var viktige observasjoner på om pasienten var smertepåvirket. Sykepleierne som hadde tatt demenskurs og som var mer erfarne, opplevde at det var lettere å observere og evaluere smerten hos pasienten, enn de som var mindre erfarne. Alle sykepleierne som deltok i studien, rapporterte at de følte behov for flere ulike fremgangsmåter for å evaluere smerte. Mesteparten av sykepleierne brukte ikke kartleggingsverktøy, og ga tilbakemelding om at kartleggingsverktøy var til liten eller ingen hjelp. Årsaken skyldtes at pasientene ikke var kapable til å verbalt gi uttrykk for smerten som følge av kognitiv svikt. Kartleggingsverktøyene som ble mest brukt var Numeric rating scale (NRS) og Visuell analog skala (VAS), hvor pasientene beskriver smerten sin på en skala fra 0-10. Flere sykepleiere fant det også utfordrende å kartlegge og observere smerter hos pasienter med langtkommen demens relatert til tidspress (Bišćević *et al*, 2020).

4.5 Symptomer på smerte/demens og effekten av smertestillende

Det ble forsket på sammenhengen mellom symptomer på demens og effekten av smertestillende (Aarsland *et al*, 2013). Smertestillende hadde effekt på symptomene depresjon, angst, urolighet, irritabilitet, våkenhet om natten, apati, og appetitt. Tallene viste til høy frekvens av symptomene før studiestart. Etter at pasientene hadde blitt smertelindret daglig i en periode på 8 uker, viste tallene nedgang i flere av disse symptomene. Pasientene viste også en oppgang igjen etter at de sluttet med smertebehandlingen (Aarsland *et al*, 2013).

En annen studie viser til at smertestillende gitt på fast basis ikke nødvendigvis gjorde behandlingen tilstrekkelig (Grovs *et al*, 2019). Redusert livskvalitet og større hjelpebehov hos pasienter med demens, kunne ses i sammenheng med smerter. Smerter var en faktor som bidro til økning av depressive symptomer og nedsatt ADL funksjon (Grovs *et al*, 2019). ADL defineres som dagliglivets aktiviteter som bidrar til å opprettholde helse og funksjoner i og utenfor hjemmet (Grovs og Lerdal, 2016). Studien understreker behovet og viktigheten av at helsepersonell har etisk og faglig kunnskap for å lindre smerter hos denne pasientgruppen slik at det gis tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp. Det ble også gjort funn som tilsier at det ikke er noen signifikant forskjell på agitasjon mellom pasientene med og uten smerte (Grovs *et al*, 2019).

5.0 DRØFTING

I drøftingen knytter vi resultatene med relevant teori og egne erfaringer for å besvare problemstillingen til oppgaven vår. Våre funn viser at det er utfordringer knyttet til det å kartlegge, identifisere og utføre tilstrekkelig smertelindring for pasienter med demens. Bedre kompetanse, godt tverrfaglig samarbeid og faglig ansvar på organisatorisk nivå er viktige elementer for å bedre smertelindring hos pasienter med demens.

5.1 Hvorfor blir pasienter med demens underbehandlet?

Indikasjoner tyder på at kognitivt syke får mindre smertestillende enn kognitivt friske. På tross av at man vil anta at kognitivt syke har smerter på lik linje med de som er kognitivt friske (Andrieu *et al*, 2013). Naturlig aldringsprosess og sykdom fører ofte med smerter. Det

er imidlertid en utfordring å smertelindre pasienter med demens. Ofte skyldes det svekket språkbeherskelse om hvor smerten oppstår, smerteintensitet, redusert hukommelse og manglende evne til å reflektere (Skovdahl, 2020). Feil- og underbehandling er gjentakende problematikk i behandling av pasienter med demens på sykehjem (Huseboe og Sandvik, 2014). Symptomer som endringer i humør, spisemønster og atferd kan forekomme av underbehandlet eller feil behandling av smerter (Hughes, Parsons, Passmore og 2015). Det er derimot usikkert om ovennevnte symptomer kommer fra selve sykdommen, eller av andre bakenforliggende årsaker, som for eksempel smerter.

Andrieu *et al*, (2013) kommer frem til noen hypoteser om hvorfor pasienter med demens ikke får tilstrekkelig smertelindring: Mange pasienter med demens lider av apati, apati kan føre til uttrykksløshet ved smerte (Andrieu *et al*, 2013). Helsepersonell observerer ikke smerten pasienten har og leger skriver ikke ut smertestillende legemidler i frykt for bivirkninger (Andrieu *et al*, 2013). Dessuten rapporterer sykepleiere om for liten tid til oppfølging av legemiddelbehandling i sykehjem (Statens Helsetilsyn, 2010). Videre kan ufullstendig medisinoppfølging føre til at viktig informasjon blir mangelfull. Som for eksempel rapportering av effekt, bivirkninger og andre viktige observasjoner. Ufullstendig medisinoppfølging kan gi konsekvenser for smertebehandlingen til pasienten (Statens Helsetilsyn, 2010). På den andre siden kan det være at helsepersonell er klar over at pasienten har smerter, men at det er vanskelig å få utført tilstrekkelig smertelindring. Spesielt innebærer det å gi medikamenter peroralt, da pasienter med demens kan ha en tendens til å motsette seg medikamenter. De kan for eksempel spytte ut legemiddelet eller nekte å ta det. Dersom slike hendelser oppstår, vil det være viktig å vurdere andre tilnærminger som sikrer god smertelindring, som for eksempel smertepaster (Kirkevold, 2018).

Ved demens vil pasienten i de fleste tilfeller ha redusert eller totalt fraværende samtykkekompetanse. Det blir derfor helsepersonell og pårørendes sitt ansvar å ivareta brukerens interesse og medvirkning i henhold til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ansvarer innebærer blant annet å opprettholde pasientens ønske om å være smertefri. Hvis ønsket om å være smertefri ikke blir møtt av sykepleier, strider helsehjelpen imot yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som viser til at det er sykepleierens ansvar i samråd med lege å lindre pasientens smerter og ubehag for å ivareta helhetlig omsorg (Larsen og

Stidahl, u.å). Sykepleiere rapporterer derimot om at det er utfordrende å smertelindre pasienter uten samtykke, spesielt i situasjoner hvor de tydelig gjør motstand (Lillekroken og Slettebø, 2013). Pasienter med demens som motsetter seg helsehjelp, skaper flere etiske dilemmaer. Er det riktig å smertelindre selv om pasienten motsetter seg behandlingen, eller skal man på en annen side la være å smertelindre på tross av at pasienten er tydelig smertepreget?

Smertelindring til pasienter med demens i sykehjem er en kompleks utfordring. Pasienter med langkommen demens har samme bruk av smertestillende, som da de først fikk sykdommen (Andrieu *et al*, 2013). Det vil si at det ikke har forekommet noe økning i smertestillende, selv om smertene kanskje har endret seg med sykdomsbildet, og pasienten er mer smertepreget (Andrieu *et al*, 2013). Da er det opp til helsepersonell å fange opp smerteintensiteten, og iverksette nødvendige smertelindrende tiltak. På den andre siden kommer det frem at pasienter med demens ikke alltid vil ha samme oppfatning av smerte som kognitivt friske. På bakgrunn av at sykdommen angriper deler av hjernen som kontrollerer smerteoppfatningen, og skaper forstyrrelser i smertereseptorene (Andrieu *et al*, 2013). Med tanke på at forskning viser til redusert smerteoppfatning hos pasienter med demens, kan det da stilles spørsmål i hvilken grad man skal smertelindre med medikamenter. Likevel betyr ikke det at denne pasientgruppen ikke skal smertelindres tilstrekkelig. Sykepleier spiller da en betydelig rolle i vurdering og behandling av smerter i samråd med lege.

Pasienter med demens bruker ofte flere legemidler samtidig, grunnet komorbiditet. Bruk av flere medikamenter samtidig kalles polyfarmasi (Kåss, 2020). Beboere i sykehjem bruker i gjennomsnitt syv legemidler samtidig, og en av tre har minst ett medikament som er overflødig (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Polyfarmasi øker sjansen for flere bivirkninger og interaksjoner (Kåss, 2020). Flere norske studier viser til feil bruk av medisiner hos eldre pasienter, og cirka ti prosent av sykehusinnleggelser av eldre skyldes legemiddelrelaterte årsaker. Omtrent 10 til 25 prosent av legemiddelforskrivninger hos eldre er feilskrivninger (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

Om lag 30 000 personer i gruppen 70 år og eldre bruker antipsykotika i Norge. På tross av at det ikke er anbefalt til eldre personer (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Videre viser forskning at pasienter med demens ofte bruker flere ulike psykofarmaka sammenlignet med pasienter uten demens. Dermed kan det trolig tenkes at det i noen tilfeller blir foreskrevet psykofarmaka på feil grunnlag, da humørendringer kan skyldes smerter (Hughes, Parsons og Passmore, 2015). Symptomer ved demens kan være; urolighet, apati, depresjon og agitasjon. Det er ikke uvanlig at pasienter med demens får beroligende midler eller antidepressiver, framfor smertebehandling som følge av ovennevnte symptomer (Huseboe og Sandvik 2014).

Antipsykotika er hyppig brukt blant pasienter med demens, på tross av at funn viser til at antipsykotika fører til raskere progrediering av sykdommen (Benth *et al*, 2017). Det vil si at pasienten kan få økt symptombyrde, noe som vil gjøre behandlingen av sykdommen og symptomer mer komplekse. Det kan tenkes at pasientens kognitive funksjon forverres. Flere typer psykofarmaka kan gi økt falltendens, komorbiditet og brudd (Aronsen *et al*, 2016). Psykofarmaka gir ikke nødvendigvis ønsket effekt ved bruk av symptomer på demens, da psykofarmaka kan bidra til å forverre sykdommen og symptomene. Flere undersøkelser rapporterer også om utilstrekkelig legemiddelkontroll på sykehjem i Norge (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Årsaken til svikt i tjenester til eldre med omfattende hjelpebehov er flerdimensjonalt. Blant annet skyldes svikten manglende gode rutiner, tydelige rolle- og ansvarsfordeling, nødvendig faglig kompetanse og korrekt legemiddelhåndtering. Svikt i tjenester til eldre forekommer spesielt hos virksomheter som tilbyr behandling til pasienter med demens (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

Det er fortsatt et kunnskapsgap i forskningen med tanke på å vise en signifikant sammenheng i hvorfor pasienter med demens får endret søvnmønster, atferd og utvikler symptomer på depresjon. Imidlertid viser flere studier til en sammenheng i overnevnte symptomer, med demens og/eller bivirkninger av feilmedisinering (Huseboe og Sandvik 2014). Økt forbruk av psykofarmaka har en rekke kjente bivirkninger og kan utgjøre en ytterligere risiko hos eldre svake pasienter, og bør derfor brukes med forsiktighet (Hughes, Parsons og Passmore, 2015). Med tanke på at bakenforliggende årsaker på symptomer kan være diffuse hos pasienter demens, understrekes viktigheten av grundig kartlegging, oppfølging og kompetanse hos sykepleieren.

5.2 Kartlegging av smerter kan være utfordrende

Erfaringsmessig er det ikke alltid smerter som blir vurdert først hos pasienter med demens hvor atferden endrer seg. Vår erfaring fra praksis på sykehjem er at kartleggingsverktøy for vurdering av smerter sjeldent blir anvendt. Erfaringene strider imot nasjonale retningslinjer for behandling av demens (Helsedirektoratet, 2017). Retningslinjene viser til at pasienter som viser atferdsmessige endringer som for eksempel uro bør bli utredet for smerter. Videre anbefaler helsedirektoratet Mobid-2 og Doloplus-2 som verktøy for kartlegging av smerter (Helsedirektoratet, 2017).

Gjentakende har vi erfart at utagerende og urolig atferd ofte blir behandlet med beroligende midler, som for eksempel medikamenter som inneholder virkestoffet oksazepam. Dersom oksazepam blir løsningen når det er smerter som er årsaken til for eksempel uro, vil dermed pasienten ikke få riktig behandling (Huseboe og Sandvik, 2014). For eksempel kan pasienten få endring i atferd som følge av ubehandlet urinveisinfeksjon. Urinveisinfeksjon kan føre til svie ved vannlating og smerter i siden og nederst i magen. Derfor er det viktig å finne utløsende årsak til smerten før smertelindringen iverksettes. Dersom det er en urinveisinfeksjon som skaper smerten, vil det ikke være tilstrekkelig å kun gi smertestillende. Infeksjonen vil fortsatt være ubehandlet (Helsebiblioteket, 2019). Med andre ord må også behandling for den underliggende årsaken igangsettes. Det kan derfor tenkes at det ikke alltid vil være nok å kun bruke kartleggingsverktøy for å fange opp hva som skaper smerter hos pasienten.

Dermed kan andre instrumenter være nødvendige, som for eksempel urin-stix for å fange opp en urinveisinfeksjon (Helsebiblioteket, 2019). I tillegg kan høyt blodtrykk og høy puls komme av sterke smerter, ettersom det aktiverer det sympatiske nervesystemet (Bjålie *et al*, 2018). På en annen side er det viktig å være klar over at det sympatiske nervesystemet også påvirkes av angst og urolighet, som igjen kan gi høyt blodtrykk og høy puls (Bjålie *et al*, 2018). Dessuten var det ikke betydelig forskjell på agitasjonsskåren mellom pasienter med demens og smerter, sammenlignet med pasienter med demens uten smerter (Groven *et al*, 2019). Dermed er det ikke nødvendigvis smerter som er årsaken til utagerende atferd. Igjen understrekes kompleksiteten og utfordringene sykepleiere ofte møter i behandling av pasienter med demens.

Agitasjon kan som tidligere nevnt skyldes smerter eller angst. I noen tilfeller vil pasienten med demens oppleve både angst og smerter, og de kan påvirke hverandre. Derimot ble ikke angstsymptomer vesentlig redusert ved smertelindring til pasienter med demens (Aarsland *et al*, 2013). Da må andre tiltak vurderes. Derfor kan det tenkes at en kombinasjon av flere legemidler er nødvendig for en helhetlig behandling. Nasjonale retningslinjer for behandling av demens anbefaler imidlertid at miljøterapeutiske tiltak skal prøves først, før det eventuelt gis psykofarmaka (Helsedirektoratet, 2017). Videre anbefales tverrfaglig team som innehar kompetanse om demens for å vurdere og igangsette tiltak (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleiere kan for eksempel samarbeide med fysioterapeut i vurdering av smerter i muskel- og skjelettsystemet. Oppfølging av psykologiske symptomer, som for eksempel ved angst og depresjon kan behandles med individuelle samtaler og tjenester som gjør at de kan oppnå mestring i atferd- og humør symptomer (Helsedirektoratet, 2017).

Tidligere forskning (Lillekroken og Slettebø, 2013) viser at sykepleiere har manglende kunnskap om kartlegging og lite rutiner i avdeling. Derfor kan det tenkes at det er behov for mer kunnskap og felles rutiner. Likevel var flere sykepleiere negative til standardiserte kartleggingsverktøy, med tanke på pasientens individualitet (Lillekroken og Slettebø, 2013). I en annen studie erfarte sykepleiere at det var lite hjelp i å benytte kartleggingsverktøy, da pasientene hadde kognitiv svikt som førte til kommunikasjonsproblemer. Sykepleierne brukte Numeric rating scale (NRS) og Visuell analog skala (VAS), hvor pasientene skal beskrive smerten på en skala fra 0-10 (Bišćević *et al*, 2020). Mobid-2 er på en annen side et kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet til pasienter med demens. Årsaken til at Mobid-2 kan være et mer reliabelt verktøy skyldes at verktøyet tar hensyn til at pasienten ikke kan uttrykke smerte verbalt, og baseres heller på atferdsendringer. Smerter og smerteintensitet evalueres skjematisk, slik at man får et innblikk i eventuelle tiltak som bør iverksettes (Huseboe og Sandvik, 2014). Det kan tenkes at sykepleierne vil ha mer nytte av Mobid-2 enn NRS og VAS hos pasienter med demens, ettersom den tar hensyn til non-verbal kommunikasjon. Antakeligvis vil det derimot være større nytte i å bruke NRS og VAS hvis pasientene har mildere form for demens.

Utøvelsen av sykepleie skal bygge på erfaringsbasert kompetanse, forskning og brukerkunnskap (Larsen og Stidahl, u.å). Sykepleiere har blant annet ansvar for å bruke hensiktsmessige og anbefalte kartleggingsverktøy. Sykepleiere skal også bruke kunnskap for å tilnærme seg den informasjonen de trenger, for å gjennomføre tilstrekkelig smertelindring til pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2017). Mobid-2 er utviklet for pasienter med demens, men krever at man har kjennskap til pasienten (Huseboe og Sandvik, 2014). Det er derimot et paradoks da pasienter som trenger kartlegging i størst grad, ofte vil være pasienter en ikke har godt kjennskap til fra før. Dermed kan samarbeid med pårørende være en fremgangsmåte for å oppnå relasjon og kjennskap til pasienten. Pårørende har som oftest kjent pasienten en god stund før sykdommen progredierte, noe som gjør at de har et bilde på hvordan vedkommende var før. Grundig dokumentasjon er essensielt for god helsehjelp. Pasientens anamnese og dokumentasjon fra hverdagen kan være med på å bidra til et bedre sammenligningsgrunnlag. Dokumentasjon gir sykepleier sammenligningsgrunnlag fra før pasienten ble syk, slik at endringer i pasientens adferdsmønster blir lettere å oppdage (Hellesø, 2016). Videre kan det bidra til at sykepleier lettere kan identifisere pasientens smerter.

I langtidsopphold på sykehjem er helsepersonell med pasienten flest timer i døgnet. Erfaringsmessig er pårørende ofte involvert og en god ressurs i pasientens liv. Det rapporteres at omsorgspersoner sier ifra om smertene til pasienten mer enn pasienten selv (Hughes, Parsons og Passmore, 2015). Andre erfaringer tilsier derimot at enkelte pasienter har mindre involvering av pårørende, jo mer sykdommen progredierer. Derfor er det viktig at sykepleier har en god relasjon med pasienten ved evaluering av smerter. Det kan imidlertid være utfordringer ved å skape en god relasjon til pasienter med demens, nettopp fordi språk, hukommelse og forståelse av sosiale situasjoner kan bli redusert. Det vil si at sentrale punkt i det å skape et bekjentskap faller bort (Eriksen, 2016). Dermed kan sykepleier ha nytte av anbefalte kartleggingsverktøy, som for eksempel Mobid-2 (Huseboe og Sandvik, 2014).

På en annen side er det viktig at sykepleieren har tid til å gjennomføre kartleggingen. Tidspress kan føre til at sykepleier ikke har tid til å foreta god nok smerteevaluering, som igjen fører til at flere pasienter med demens trolig er underbehandlet. Kartlegging av smerter hos pasienter med demens er omfattende, og kan medføre utfordringer som gjør at

kartleggingen krever ekstra tid. Flere sykepleiere uttrykker at de har for liten tid til kartlegging (Bišćević *et al*, 2020). Erfaringsmessig er tidspress et utbredt problem på flere sykehjem, grunnet for liten bemanning, hyppig bruk av ufaglærte og høyt sykefravær. Ofte fører det til at sykepleier får flere arbeidsoppgaver og dårlig tid til å kartlegge (Bratt, Gautun og Øien, 2016).

5.3 Hvem har ansvaret for tilstrekkelig kompetanse?

Flertallet av kommuner svikter i å imøtekomme pasienter med demens, relatert til at de har et sammensatt og omfattende behov for helsehjelp. Det ble påvist lovbrudd på aktuelle lovkrav i cirka to tredeler av tilsynene på landsbasis (Skjær og Steen, 2018). Svak ledelse og styring, redusert bemanning og manglende kompetanse spesifikt innenfor demensomsorg, var sentralt i funnene. Flere kommuner gjennomførte ikke nødvendig opplæring av personalet. I tillegg ble ansatte satt til medisinutdeling, uten den nødvendige kompetansen om medikamenter. Fylkesmennene avdekket også svikt i legemiddelhåndtering i kommuner, relatert til at kommunene hadde upresis administrative og faglige lederansvar for legemiddelhåndtering (Skjær og Steen, 2018). Totalt sett er pasienter med demens i risikogruppe for under- og feilbehandling.

Til tross for at det ble avdekket flere feil generelt på landsbasis, var det likevel noen kommuner som hadde gjennomført forsvarlig tjenester til pasienter med demens (Skjær og Steen, 2018). Lamarktunet bo- og rehabiliteringssenter i Sortland kommune utførte tilsyn som gikk spesifikt på tjenester i forbindelse med demensomsorg og medisinbehandling. Pasienter med demens ble kartlagt, utredet og mottok forsvarlig helsehjelp på grunn av kommunens implementering av demensteam. Videre avdekket tilsynet at pasientene med demens ble jevnlig vurdert i sykdommens progredierende faser, og i henhold til medisinbruk. Flere ansatte på sykehjemmet hadde gjennomført kurs relatert til demensomsorg (Bygnes og Sundnes, 2020). Større fokus på kompetansehevelse kan føre til økt forståelse i møte med denne pasientgruppen. Videre vil det ha betydning for helhetlig omsorg, da man vil imøtekomme pasienten på flere grunnleggende behov.

Moratunet sykehjem i Stor Elvdal opprettholdt også forsvarlige tjenester til eldre med sammensatte og komplekse hjelpebehov. Sykehjemmet hadde erfarne ansatte, stabil

bemanning og ansatte brukte generelt tillitsskapende tiltak i møte med pasientene. Sykehjemmet hadde og et team som sikret god oppfølging av pasienter med demens i henhold til helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for demensutredning (Krohn og Vallgård, 2020)

Ut ifra rapportene, kan man se at det er flere faktorer som spiller inn for å oppnå tilstrekkelig smertelindring for pasienter med demens. Derav er det trolig at smertelindring til denne pasientgruppen kan være utfordrende på flere plan, men ikke umulig å gjennomføre. Gjentakende i funnene våre ser vi at kompetanse spiller en signifikant rolle for behandling av pasienter med demens. Erfarne sykepleiere med bred kunnskap i demens var mer kompetente til å observere og lese pasientens atferd, og ut ifra det tolke smerter, samt sette i gang tiltak (Bišćević *et al*, 2020). Kompetanse er et ansvar sykepleiere har på individnivå (Larsen og Stidahl, u.å). På en annen side er det også et tema som berøres på organisatorisk nivå. I henhold til Helse og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunen et overordnet ansvar til å ha en sammensatt bemanning med tilstrekkelig og aktuell kompetanse for virksomheten. Kommunen plikter å medvirke undervisning og opplæring av helsepersonell, slik at de opptre forsvarlig i yrket i forhold til brukersikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Bemanningsnormer på sykehjem viser seg å fungere i noen kommuner, men er derimot ikke optimalt i andre kommuner. Det er stor variasjon, og det skyldes blant annet ulikt pleiebehov, ulik kompetanse i bemanning og prioriteringer i kommunene (Kjos *et al*, 2010-2011). Fra tidligere erfaring på sykehjem, har det ofte hendt at det har blitt leid inn vikarer uten relevant utdanning ved sykdom, i stedet for faglærte. Til tross for at faglærte ønsket vakt. Årsaken til høyt bruk av ufaglærte kan skyldes økonomi, da det er rimeligere. På en annen side kan det få uønskede konsekvenser, ettersom sykehjemsbeboerne kanskje ikke vil oppleve å få den hjelpen de trenger, grunnet for liten kompetanse i bemanningen på vakt (Kjos *et al*, 2010-2011). Pasienter med demens er ofte avhengig av forutsigbart miljø og kjente ansikt, da sykdommen i seg selv kan skape utrygghet hos den enkelte. Hyppig utskiftning av bemanning og nye ansikt kan derimot føre til uro (Engedal og Haugen, 2018b). Kommunesektor organisasjonen rapporterer om at det er hele 80% ufaglærte på enkelte institusjoner, noe som er urovekkende i henhold til pasientsikkerheten. I motsetning hadde sykehjemmene som var godt bemannet i gjennomsnitt 30 % ufaglærte (Kjos *et al*, 2010-2011). Det kan stilles

spørsmål rundt prioriteringer i kommunene. Imidlertid kan det også skyldes andre årsaker som for eksempel mangel på rekruttering av helsepersonell med relevant utdanning og interesse.

Pårørende og pasienter med demens rapporterer at de ofte blir møtt av helsepersonell uten tilstrekkelig kompetanse. På tross av at helse- og omsorgstjenestene har iverksatt tiltak om kompetanseløft i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Nasjonal kompetansetjeneste har utviklet ulike opplæringsverktøy for demens-sektoren. 94 % av kommunene tok i bruk verktøyene for å øke kompetanse. Likevel viser resultatene at det er et mindretall av de ansatte som har gjennomført kursene. Lite gjennomføring av kursene skyldes at det er stort omfang av vikarbruk og bruk av ufaglærte i sykehjem. Kursene nådde ikke ut til disse ansatte. Dermed er bekymringen om å bli møtt av ansatte uten relevant kompetanse høyest sannsynlig for pasienter med demens og deres pårørende. Sjansen for å bli møtt av helsepersonell uten relevant kompetanse er større i helger, kveld og natt. Det skyldes at bemanning stort sett består av vikarer og ansatte uten nødvendig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Med andre ord er bemanning en betydelig faktor for hvilken smertebehandling pasienter med demens får.

5.4 Hva kan riktig smertelindring gjøre for pasienten med demens?

Erfaringer fra sykehjem viser til at flere pasienter står på paracet 3-4 ganger daglig uten at det foreligger begrunnelse for det. I norske sykehjem er det hyppig bruk av paracetamol til pasienter med demens, og bruken av smertestillende har økt betraktelig de siste 20 årene (Grov *et al*, 2019). Likevel tilsier funn at smertestillende som ble gitt på fast basis på sykehjem ikke hadde som en selvfølge at var tilstrekkelig. Dette fordi det kan være at legemidlet som blir gitt ikke har ønsket effekt, det er for lav dose, eller fordi pasienten kanskje ikke har bruk for det lenger (Grov *et al*, 2019).

Med tanke på denne informasjonen kan det være viktig å ha hyppigere kontroll i medisinalister. Kontrollen utføres i hovedsak av lege, men annet helsepersonell kan være med. Det er spesielt nødvendig med tanke på pasienter med demens, ettersom de trenger en talsperson. Forskrift i legemiddelhåndtering er til for å sikre god kvalitet ved behandling iblant annet sykehjem. Virksomheten skal gå gjennom medisinaliste ved innkomst, og deretter en gang i året ved

årskontroll. Utover dette skal det utføres når det er behov for det (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Det kan stilles spørsmål om det bør utføres oftere da pasienter med demens ikke klarer å følge opp egen medisinliste og uttrykke sine behov i like stor grad som kognitivt friske (Skovdahl, 2020). Dessuten kan det forekomme større progresjon i sykdommen på et år, enn det ville gjort ved andre sykdommer (Engedal og Haugen, 2018a). Progresjonen vil føre til at pasientene kan få behov for endring av legemidler. Med andre ord vil det si at helsepersonell får et større ansvar for å sørge for at pasienten blir tilstrekkelig smertebehandlet.

Det ble vist en sammenheng mellom symptombyrde og livskvalitet, hvor livskvaliteten var betydelig redusert ved smerte (Grov *et al*, 2019). Mye tyder på at det er en sammenheng mellom symptomer på demens og effekten av smertestillende. Nedgang i symptomer som angst, apati, søvnforstyrrelser og appetitt-forstyrrelser ved bruk av smertestillende i en periode på åtte uker ble avdekket (Aarsland *et al*, 2013). Totalt sett vil det muligens tyde på at pasienter med demens innehar mer smerte enn man er klar over. Imidlertid må man ta til etterretning, at smertestillende kanskje har andre tilleggs virkninger enn man er klar over, noe som vil si at denne effekten ikke nødvendigvis skyldes at pasientene opplevde nedgang i smerter. For eksempel kan opioider virke sederende og gi ruseffekt (Aronsen *et al*, 2016). Nedgang av ovennevnte psykologiske symptomer og smerter kan ha positiv innvirkning på pasienter med demens. Blant annet vil pasienten kanskje få en opplevelse av bedre livskvalitet.

Jevn bruk av paracetamol hadde positiv effekt på ADL-funksjon (Huseboe og Sandvik 2014). Ved reduksjon i smerte vil pasienten i flere tilfeller oppnå bedre mobilisering, slik at aktivitetsnivået kan øke uten ubehag (Grov og Lerdal, 2016). Smertelindring gjør pasienten friere til å bestemme over egne gjøremål, da man ikke er like avhengig av hjelp som ved sterke smerter. Videre vil det bidra til en opplevelse av å ha bedre livskvalitet (Grov og Lerdal, 2016). Nettopp fordi smertene ikke blir like hemmende. Pasienter kan oppnå økt mestringsfølelse av å mestre hverdagen bedre selv, noe som igjen kan bidra til mer motivasjon til å gjennomføre daglige aktiviteter. Tilstrekkelig smertelindring kan også påvirke hvordan pasienten ser på seg selv. Etersom pasienten får bekreftelse på at han blir sett og møtt på egen smerteopplevelse. Det gir pasienten en bekreftelse på egenverd. I motsetning til hvis pasienten

går rundt med ubehandlede smerter, som kan føre til en følelse av mindreverdighet (Almås, Berntzen og Danielsen, 2017). Dette understreker viktigheten av kompetansen på dette området, nettopp fordi tilstrekkelig smertelindring har positiv effekt på flere områder som påvirker hverandre. Et godt grunnlag for helhetlig omsorg er å se hele pasienten.

På en annen side er det viktig å ta høyde for at bruk av smertestillende medikamenter som inneholder opioider kan være vanedannende og kroppen kan få økt toleranse (Aronsen *et al*, 2016). Smertestillende daglig til alle pasienter med demens vil ikke nødvendigvis være svaret, og kan føre til flere uønskede bivirkninger hvis det ikke blir gitt riktig (Groven *et al*, 2019). Som tidligere nevnt er derimot ulike psykofarmaka også vanedannende og kan føre med flere uønskede bivirkninger, som igjen kan føre til at pasienten får mer smerte og urolighet (Aronsen *et al*, 2016). Dermed vil grundig kartlegging være essensielt. Dermed vil grundig kartlegging være essensielt. Mobid-2 har også egen protokoll for hvordan sykepleier kan lindre etter smerteskår (Huseboe & Sandvik, 2014). Smertetrappen er et godt eksempel på hvordan en kan gå frem i behandling av smerter for å medisinere og dosere riktig. Alt tatt i betraktning er det nødvendig med et godt samarbeid mellom sykepleier og lege. Sykepleier skal observere og evaluere effekt av legemiddelet i samråd med lege. Basert på virkning av legemiddelet økes, nedtrappes eller endres medisineringsen i henhold til smertetrappen (Mæhre, 2020). Både psykofarmaka og smertestillende kan ha den ønskede effekten, hvis dosert og gitt riktig.

6.0 KONKLUSJON

Identifisering og lindring av smerter hos pasienter med demens på sykehjem er komplekst og utfordrende, men gjennomførbart. Under- og feilbehandling er et gjentakende problem, og ofte forekommer bivirkninger hos pasienter med demens som følge av polyfarmasi.

Symptomer på smerte kan feiltolkes og lindres med andre medikamenter, som for eksempel psykofarmaka fremfor smertelindrende medikamenter.

Et overordnet perspektiv tyder på at tilstrekkelig smertelindring til pasienter med demens svikter på organisatorisk nivå, i sammenheng med bemanning, kompetanse, tid, rutiner, ressurser og ledelse. Identifisering og behandling av smerter svikter også på individnivå i

forbindelse med kartlegging og kompetanse, holdninger og interesse. Optimal smertelindring fører til bedre funksjonalitet, mobilisering og aktiviteter i dagliglivet, samt har det innvirkning på pasientens mestringsfølelse. Noe som igjen vil ha effekt på livskvalitet og egenverd, som følge av at pasienten føler seg sett og ivaretatt.

Et mulig tiltak for å bedre smertelindringen til pasienter med demens og smerter er å benytte kartleggingsverktøy for å identifisere og lindre smerter. Vår anbefaling er å ta i bruk Mobid-2 som kartleggingsverktøy på sykehjem oftere, og implementere Mobid-2 i kurs og opplæring på sykehjem. Ved grundig vurdering og evaluering av smerte opphav og intensitet, er det større sjanse for å få sikret identifikasjon av smerter. Mobid-2 har også trinnvis protokoll for hvordan å behandle smerter i henhold til pasientens smerteskår, og blir da et essensielt verktøy som sykepleier kan bruke for å lindre smerter.

Funn i denne litteraturstudien peker ut noen praktiske implikasjoner; Økt kunnskap, interesse og opplæring rundt smertelindring til pasienter med demens kan være hensiktsmessig. Eksempelvis kan det ta form i regelmessige kurs på sykehjem og implementere mer simulering og seminarer i grunnutdanningen på sykepleie. Ved økt fokus på smertelindring hos pasienter med demens, vil det kanskje øke interessen for emnet. Endringer i rutiner ved kontroll av medisinlister for å sikre bedre oppfølging av pasienter med demens kan være virkningsfullt. Vi anbefaler å evaluere medisinlister hvert kvartal, da det kan føre til færre tilfeller av feil- og underbehandling.

Vi ser behovet for mer forskning på temaet smertelindring til pasienter med demens. Forslagsvis bør det forskes på hvordan pasienter med demens oppfatter smerte og mer om hvordan sykdommen angriper nervesystemet. Forsking på fremtidige teknologiske målingsinstrumenter for å fange opp smerter kan være nyttig. Dersom sykepleiere hadde hatt tilgang til et instrument som kan fange opp smerteintensitet hos pasienter med demens, vil det være enklere for sykepleiere å iverksette tiltak som er tilpasset pasienten.

Avslutningsvis påpekes ansvaret sykepleieren har for å ivareta pasienter med demens i en sårbar situasjon. «Gullstandarden» er når pasienten kan uttrykke smerter og behov selv, men

ved langtkommen demens bortfaller ofte den muligheten. Pasienter med langtkommen demens kan ikke stå opp for seg selv på samme måte som kognitive friske. Da sitter man igjen med spørsmålet, hvem skal stå opp for pasienten hvis ikke vi som sykepleiere gjør det?

LITTERATURLISTE:

Aarsland, D., Fritze, F., Husebo, B.S., Sandvik, R.K. (2013) Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial, *Wiley online Library*, volum 29, s.828-836. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4063>

Almås, H., Berntzen, H., Danielsen, A. (2017) Sykepleie ved smerter, i Almås, H., Grønseth, R., Stubberud, D-G. (red.) *Klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 381-423

Andrieu, S., Brefel-Courbon, C., Gallini, A., Gardette, V., Lapeyre-Mestre. M., Vellas, B., the REAL.FR/DSA group. (2013) Persistent use of Analgesic Medications in Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease, *Springerlink*, Volum 30, s. 439-445.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0070-3>

Aronsen, M.J., Birkeland, J.A., Munkvik, M., Sjaastad, I. (2016) *Farmakologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. Utgave. Berkshire: Open University Press.

Benth, J.S., Engedal, K., Helvik, A-S., Selbæk.G., Wu, B. (2017) Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway, *BMC geriatrics*. Artikkelnnummer: 52. Tilgjengelig fra: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0440-5> (Hentet: 04.05.2021)

Bertelsen, A.K. (2016) Sykdommer i nervesystemet, i Bach-Gansmo, E og Ørn, S. *Sykdom og behandling*. 2.Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 321-341.

Bišćević M., Čustović S., Grbić K., Hamrin-Sensorski, E., Jašarević A., Jašarević M., Krupić F., Spahić E., Svantesson E., Westin O. (2020) Experience of nurses in assessing

postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes. *Med Glas (Zenica)*, Volum 17, s. 216 – 223 DOI: 10.17392/1042-20

Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Toverud, K.C. (2018) *Menneskekroppen*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bratt, C., Gautun, H., Øien, H. (2016) *Underbemanning er selyforsterkende*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf (Hentet: 14.05.2021)

Bygdnes, M.P., Sundnes, M.J. (2020) *Rapport fra tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester til beboere ved Lamarktunet bo- og rehabiliteringssenter i Sortland kommune 2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/nordland/2020/sortland-kommune-lamarktunet-bo-og-rehabiliteringssenter-helse-og-omsorgstjenester-til-beboere-2020/> (Hentet: 05.05.2021).

Engedal, K. (2019) *Alzheimers Sykdom i Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/Alzheimers_sykdom (Hentet: 15.04.2021)

Engedal, K. (2021) *Demens i Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/demens> (Hentet: 06.04.2021)

Engedal, K og Haugen, P. K. (2018a) *Demens, i Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* 1.utgave. Tønsberg: Aldring og helse, s.14-28

Engedal, K og Haugen, P.K. (2018b) *Miljøtiltak, i Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* 1. utgave. Tønsberg: Aldring og helse, s. 315 – 331

Engh, E. og Ranhoff, H. A. (2020) Eldre og legemidler i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie* 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.185-197.

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 1. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-905.

Folkehelseinstituttet (2021) *Demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#:~:text=gjelder%20andre%20demensformer,-.Demens%20i%20sykehjem%20og%20hos%20de%20som%20bor%20hjemme,og%20f%C3%A5r%20hjemmetjenester%2C%20har%20demens.> (Hentet: 29.04.2021)

Forsberg, C, Wengström Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier* 4. utgave. Stockholm: Natur & kultur.

Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (Hentet: 27.04.2021)

Grov, E.K., Halvorsrud, L., Rostad, H.E., Utne, I. (2019) Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter, *Sykepleien forskning*, Volum 14, s. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.79184

Grov, E. K. og Lerdal, A. V. (2016) Aktivitet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 1. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 819-835.

Hellesø, R. (2016) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Grov, E.K, Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 209-241.

Helsebiblioteket (u.å) *MOBID 2 - Mobilisation - Observation - Behaviour - Intesity - Dementia*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktøy/mobid-2-mobilisation-observation-behaviour-intensity-dementia> (Hentet: 14.04.2021)

Helsebiblioteket (2019) *Urinveisinfeksjon- blærekatarr*. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/infeksjon/blaerekatarr?fbclid=IwAR3TOFxn8q21RA6iQJIBahvsKCsZ4GQ_3GSRvI4oE4yob1qNqnb20QHYYtgQ (Hentet: 12.05.2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020* Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf?fbclid=IwAR1PIPyfE5QuXRvsWdaEiaKyV3rWEcK1oAQQB8GIy4V5qZmpPkif1n0O7M (Hentet: 02.05.2021)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4 (Hentet: 26.04.2021)

Helsedirektoratet (2017) *Demens – Nasjonal faglig retningslinje* Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens?fbclid=IwAR3YtiIp7Eom3Q_8rXxhN6PabaG0xV9q4Vg1rm7YE8wfmJeL0zzrgetqSoc (Hentet: 02.05.2021)

Hem, E., Malt, U. (2020) Komorbiditet i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn1.no/komorbiditet> (Hentet: 16.05.2021).

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 1. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-395.

Hughes, C.M., Parsons, C., Passmore, P. (2015) Exploring the prevalence of and factors associated with pain: a cross-sectional study of community-dwelling people with dementia, *Wiley online library*, volum 24. s.270-282. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12204>

Huseboe B. & Sandvik R. (2014) Smertevurdering hos pasienter med demens, *Kreftsykepleie* v. 3, s. 10 - 15 Tilgjengelig fra:

https://sykepleien.no/sites/default/files/kreft_0314.pdf?fbclid=IwAR0DFESMqxChpNqE2VqCZR8QI9iCicf55zwc60yWo9MBJI2-sGH8GRDLdUI (Hentet: 29.04.2021)

Kirkevold, Ø. (2018) Rettssikkerhet for personer med demens i Engedal, K og Haugen, P.K (red) *Demens-sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Aldring og helse, s.373-388

Kjos, K.K., Nasvik, H.T., Olsen, P.A., Sandberg, P., Wiborg, E. (2010-2011)

Representantforslag 155S. Tilgjengelig fra:

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2010-2011/dok8-201011-155.pdf> (Hentet: 03.05.2021).

Krohn, K. E. & Vallgård, H. (2020) *Rapport fra tilsyn med Stor-Elvdal kommune - Moratunet sykehjem - tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester 2020*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/innlandet/2020/stor-elvdal-kommune-moratunet-sykehjem-tilsyn-tvungen-somatisk-helsehjelp-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2020/> (Hentet: 02.05.2021)

Kåss, E. (2020) Polyfarmasi i *Store medisinske leksikon* Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/polyfarmasi> (Hentet: 16.05.2021)

Leegaard, M og Winger, A. (2016) Smerter i Heggestad, A. K. T. og Knutstad, U (red)

Sentrale begreper og fenomener, i klinisk sykepleie 2, 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 172-194.

Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, *Nordic journal of nursing research*, volum 33, s.29-33.

DOI: 10.1177/010740831303300307

Malt, U. (2021) Psykofarmaka i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/psykofarmaka> (Hentet: 03.05.2021)

Mæhre, E. (2020) WHO's smertetrapp i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:

https://sml.snl.no/WHOs_smertetrapp (Hentet: 02.05.2021)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig

fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4 (Hentet: 19.04.2021)

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære i Heggestad, A. K. T. og Knutstad, U (red.)

Sentrale begreper og fenomener, i klinisk sykepleie 2, 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 80-107.

Sandvik, R. (2020) Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien fag*.

Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2020/02/slik-vurderer-du-smerte-hos-personer-med-demens> (Hentet: 23.03.2021)

Skjær W. & Steen M. (2018) Tilsyn med kommunale tjenester til eldre - lovlighetskontroll og utviklingsarbeid *Kommunerevisoren* Tilgjengelig fra:

http://www2.nkrf.no/filarkiv/File/Kommunerevisoren/2018/KomRev_0218.pdf (Hentet: 02.05.2021)

Skovdahl K. (2020) Kognitiv svikt og demens i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie* 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.416-439

Statens helsetilsyn (2010) *Sårbare pasientar - utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010*, (rapport 07/2010) Tilgjengelig fra:

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7_2010.pdf (Hentet: 12.05.2021)

Statens legemiddelverk (u.å) *Interaksjonssøk*. Tilgjengelig fra:

<https://www.legemiddelsok.no/sider/Interaksjoner.aspx?sub1=Opioider&sub2=Benzodiazepiner> (Hentet: 16.05.2021)

Stidahl, T.B. (u.å) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 18.05.2021)

