



Identifisering av smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens

*Hvordan kan sykepleier bidra til identifisering av smerte hos
sykehjemsbeboere med alvorlig demens?*

Kandidatnummer: 547
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8193
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel: Identifisering av smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p><i>Hvordan kan sykepleier bidra til identifisering av smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar og funksjonsområder på et sykehjem, herunder sykepleierens lindrende, behandlende, undervisende, administrerende og fagutviklende funksjon. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees syn på sentrale temaer vil presenteres i oppgaven. I tillegg vil målgruppen sykehjemsbeboere med alvorlig demens og smerte, lover og forskrifter, yrkesetiske retningslinjer og rammefaktorer på sykehjem presenteres i oppgaven.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave som har anvendt eksisterende fag- og forskningslitteratur, lovverk, etiske retningslinjer, politiske dokumenter og egne erfaringer for å belyse oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>For å nærme meg et svar på problemstillingen vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget drøftes opp mot forskningslitteratur og egne erfaringer. Drøftingen struktureres etter de ansvar og funksjonsområder som blir presentert i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Joyce Travelbees syn på menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon og smerte blir sammenlignet med resultater i utvalgte forskningsartikler og politiske dokumenter.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleieren kan bidra til identifisering av smerte ved å følge opp sine ansvar og funksjonsområder. Dette er et krevende arbeid hvor sykepleieren møter store utfordringer. Et solid kunnskapsgrunnlag om beboeren, demens og demensatferd, smerte og smerteatferd og kommunikasjon må ligge til grunn for at sykepleieren kan bidra i dette arbeidet. Sykepleieren må opparbeide seg og dele egen kompetanse med andre ansatte. Sykepleieren må ha engasjement og tilrettelegge for samarbeid med lege, andre ansatte på avdelingen og beboerens pårørende.</p>	

(Totalt antall ord:237)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon og avklaring av problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Sykehjemsbeboere med alvorlig demens og smerte	4
2.1.1	Sykehjemsbeboere	4
2.1.2	Personer med alvorlig demens.....	4
2.1.3	Smerte hos eldre personer med alvorlig demens	5
2.2	Sykepleierens funksjon og ansvar på et sykehjem	6
2.2.1	Sykepleierens lindrende funksjon.....	6
2.2.2	Sykepleierens behandlende funksjon.....	7
2.2.3	Sykepleierens undervisende, administrerende og fagutviklende funksjon	7
2.2.4	Sykepleierens juridiske og etiske ansvar	7
2.3	Joyce Travelbee – sykepleie som en mellommenneskelig prosess.....	8
2.3.1	Menneske-til-menneske-forhold	8
2.3.2	Kommunikasjon.....	9
2.3.3	Smerte.....	9
2.4	Rammefaktorer på et sykehjem.....	9
2.4.1	Love og forskrifter	10
3	Metode	11
3.1	Valg av metode	11
3.2	Søkehistorikk.....	11
3.2.1	Tabell 1: Oversikt over søkehistorikk.....	12
3.3	Kildekritikk	13
4	Forskningsresultater	15
4.1.1	Tabell 2: Oversikt over utvalgte forskningsartikler	15
5	Drøfting	17
5.1	Sykepleierens lindrende funksjon.....	17
5.2	Sykepleierens behandlende funksjon	18
5.2.1	Observasjon av atferd	18
5.2.2	Kjennskap til beboeren	19
5.2.3	Samarbeid med pårørende	20
5.3	Sykepleierens undervisende, administrerende og fagutviklende funksjon.....	21
5.3.1	Samarbeid med lege.....	21
5.3.2	Oppdatert kunnskap og forskning.....	22
5.3.3	Kunnskapsdeling og delegering.....	23
6	Avslutning	25
7	Referanseliste	26

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge antas det at mer enn 77 000 mennesker har demens. Befolkningen lever lengre enn tidligere på grunn av bedre helse. De neste tiårene vil det derfor bli en økning i antall eldre mennesker. Siden forekomsten av demens øker med alderen anslås det at antallet mennesker med demens vil øke kraftig i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 18-19). Økt alder medfører økt risiko for smertefulle tilstander (Torvik & Bjøro, 2016, s. 390). I 2017 var de fleste mottakere av langtidsopphold i institusjon 80 år eller eldre (Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby & Karlsen, 2018, s. 33-38). Blant sykehjemsbeboere er smerte derfor et svært vanlig problem (Torvik & Bjøro, 2016, s. 390-391). I tillegg har over 80% av sykehjemsbeboere en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 18). Achterberg et al. (2013, s. 1474) hevder i sin studie at 60-80% av sykehjemsbeboere med demens trolig opplever regelmessig smerte.

Det er bred enighet om at identifisering av smerte er en forutsetning for å oppnå tilfredsstillende smertelindring (Achterberg et al., 2013, s. 1474; Corbett et al., 2013, s. 267; Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 388). Sykepleieren har ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere et ansvar for å lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Smerte som ikke blir identifisert og tilstrekkelig behandlet kan få alvorlige helsemessige konsekvenser og påvirke beboerens livskvalitet (Torvik & Bjøro, 2016, s. 392). Likevel fastslås det at smerte blir utilstrekkelig vurdert og behandlet hos personer med demens (Achterberg et al., 2013, s. 1479; Burns & McIlpatrick, 2015, s. 403). Identifisering av smerte beskrives som spesielt utfordrende blant personer med alvorlig demens på grunn av deres svekkede evne til å formidle smerte verbalt (Torvik & Bjøro, 2016, s. 397). Smerter kan likevel komme til uttrykk på andre måter. Eksempelvis er det funnet en sammenheng mellom smerter og atferdsmessige uttrykk som agitasjon og aggresjon (Achterberg et al., 2013, s. 1473). Nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2017, punkt 4.2, 14.2) sier at helsepersonell bør forsøke å tolke og forstå slik atferd, og vurdere om smerte er en bakenforliggende årsak. Sykepleiere erkjenner at identifisering av smerte i stor grad forutsetter observasjon av atferd, men oppgir at de mangler tro på egen vurderingsevne når det gjelder å skille smerteatferd fra atferd relatert til demenssykdommen. Smerte blir derfor ofte feiltolket og kan resultere i behandling med psykofarmaka (Burns & McIlpatrick, 2015, s.

403-404). Dette samsvarer med egen erfaring fra praksis på sykehjem. Jeg opplevde at terskelen for å administrere beroligende medikamenter var lav, og at smerte som mulig årsak til urolighet og utfordrende atferd ble rettet alt for lite oppmerksomhet. Jeg erfarte at personalet kunne diskuterte hvorvidt en beboer hadde smerter, men at smerte sjeldent ble gjenstand for grundig vurdering.

Jeg anser dette temaet som svært sykepleiefaglig relevant. Sykepleieren har et ansvar for å lindre lidelse, men møter på utfordringer som kan hindre identifisering av smerte. Dersom smerte ikke blir identifisert, vil beboeren trolig ikke få tilfredsstillende behandling. På grunn av det økende antallet eldre og personer med demens, vil denne problemstillingen i årene fremover i økende grad bli relevant for sykepleiere på sykehjem. Formålet med denne oppgaven blir derfor å oppsøke relevant fag- og forskningslitteratur for å tilegne meg kunnskap om hvordan sykepleier i sykehjem kan identifisere smerte hos beboere med alvorlig demens til tross for disse utfordringene.

1.2 Presentasjon og avklaring av problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til identifisering av smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens?

Oppgaven tar for seg sykehjemsbeboere med alvorlig demens. Det avgrenses ikke til en spesifikk type demens med bakgrunn i at utvalgt forskningslitteratur ikke vektlegger dette. Av samme årsak skilles det ikke mellom akutte og kroniske smerter eller andre underkategorier av smerte. Målgruppen er mannlige og kvinnelige sykehjemsbeboere med alder over 65 år. Denne målgruppen virker å være mye brukt i fag- og forskningslitteratur som omhandler dette temaet, i tillegg til å være målgruppen til «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 10).

Sykehjem er valgt som kontekst basert på at over 80% av beboere i sykehjem har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 18). Jeg har også fått erfaring, og ikke minst et engasjement, for dette temaet gjennom praksis og som ansatt på skjermede avdelinger på to ulike sykehjem. Oppgaven avgrenses likevel ikke med hensyn til type avdeling fordi fag- og forskningslitteratur ikke vektlegger dette i sine presentasjoner av

temaet og fordi sykepleieren kan komme til å møte på personer med alvorlig demens i alle typer sykehjemsavdelinger.

Med hensyn til oppgavens omfang vektlegges ikke sykepleierens dokumentasjon utover det som implisitt ligger i at man benytter sykepleieprosessen som metode for identifisering av smerte og den informasjonsoverføringen som skjer mellom sykepleier, beboer, lege, andre ansatte og pårørende. Jeg erkjenner likevel at dokumentasjon er en svært essensiell faktor for identifisering av smerte.

Et stort antall forskningsartikler på dette temaet omhandler smertekartleggingsverktøy. Til tross for at disse kan være nyttige for å identifisere smerte, har jeg valgt å ekskludere artiklene fra utvalgt forskningslitteratur fordi jeg ønsket å ha et større søkelys på den kompetansen sykepleieren må besitte for å i det hele tatt ta i bruk slike verktøy. Smertekartleggingsverktøy blir likevel nevnt i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaring

I oppgaven brukes ulike begreper for å beskrive målgruppen, deriblant personer, beboere og pasienter. Dette avhenger ofte av hvilket begrep som benyttes av aktuelle kilder, og brukes for å lette eget arbeid. Alle representerer målgruppen for denne oppgaven - sykehjemsbeboere med alvorlig demens.

Det samme gjelder begrepene identifisere, oppdage, avdekke, vurdere, utrede og kartlegge. Alle representerer ulike aspekter ved prosessen som danner grunnlag for å kunne avgjøre om en person opplever smerte. Det er ikke alltid like klart hva fag- og forskningslitteratur legger i begrepene de selv bruker, men i denne oppgaven brukes begrepet identifisering som en slags fellesnevner for dem alle. Begrepet er gitt den samme betydningen som diagnostisering har i sykepleieprosessen, altså å fatte en klinisk vurdering av beboerens problem basert på innsamlede data.

Nøkkelbegreper som sykehjemsbeboere, alvorlig demens og smerte vil avklares fortløpende som en del av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i kapittel 2.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Sykehjemsbeboere med alvorlig demens og smerte

2.1.1 Sykehjemsbeboere

Som sykepleier på langtidsavdeling på sykehjem vil man møte beboere som både fysisk og mentalt er svært skrøpelige (Hauge, 2016, s. 267). I 2017 var de fleste beboere på langtidsavdeling 80 år eller eldre. En tredel hadde seks eller flere diagnoser, og 84 prosent hadde omfattende bistandsbehov (Mørk et al., 2018, s. 33-38). Symptomene ved akutt sykdom hos eldre er gjerne atypiske og diffuse, og bruk av flere legemidler kan kamuflere vanlige symptomer på sykdomsutvikling. Når akutt sykdom kommer i tillegg til kronisk sykdom oppstår det sammensatte sykdomsbilder. Sansetap og kognitiv svikt vil kunne komplisere sykdomsbildet ytterligere ved at kommunikasjonen vanskeliggjøres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 139).

Pasientgruppen med dårligst prognose for overlevelse og økende funksjonstap er skrøpelige gamle med demens (Ranhoff, 2016, s. 89). Over 80% av beboere i sykehjem har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 18). Å være skrøpelig innebærer å være svak og sårbar, og man har økt risiko for sykdom og rask sykdomsutvikling, komplikasjoner, fall, funksjonstap og død. Å gi sykepleie til sykehjemsbeboere er en krevende og kompleks oppgave hvor reduksjon av ubehag i form av lindrende behandling bør prioriteres høyt (Ranhoff, 2016, s. 81-82, 90). Sykepleieren trenger høy sykepleiefaglig kompetanse og evne til å drive fagutvikling og organisering av sykepleien slik at beboeren får nødvendige helse- og omsorgstjenester (Hauge, 2016, s. 265).

2.1.2 Personer med alvorlig demens

Demens er et syndrom eller en tilstand forårsaket av organisk sykdom i hjernen. Tilstanden er kronisk og irreversibel, og den er ofte progredierende (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18). Beboeren vil få gradvis kognitiv svikt som blant annet inkluderer redusert hukommelse, orienteringsevne, språk og evne til problemløsning. Svikten påvirker ofte evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter (Rokstad, 2014, s. 10-11). Det finnes ulike typer demenssykdommer som kan ha ulike særtrekk når det gjelder symptomer og intensitet (Engedal & Haugen, 2016, s. 14). Det kliniske bildet vil likevel presentere seg mer og mer likt ettersom demenstilstanden progredierer og beboeren får alvorlig demens (Engedal & Haugen, 2018a, s. 20).

Beboere med alvorlig demens har ofte global afasi (Engedal & Haugen, 2016, s. 24). Dette innebærer at beboeren har svekkelse i både språkproduksjon og språkforståelse fordi begge språkområdene i hjernen skades av demenssykdommen (Eide & Eide, 2016, s. 385). På grunn av global afasi vil de ofte ha sterkt redusert mulighet til verbal kommunikasjon (Engedal & Haugen, 2018b, s. 29-37). Nonverbale aspekter ved kommunikasjonen er vanligvis fortsatt funksjonelle i denne fasen (Wogn-Henriksen, 2008, s. 96). Ved å bruke kroppslige uttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og mimikk, stemmebruk, intonasjon og berøring kan sykepleieren formidle et budskap til beboeren. Samtidig kan tolking av beboerens nonverbale uttrykk gi sykepleieren et inntrykk av hva beboeren forsøker å formidle (Eide & Eide, 2016, s. 386). Atferdsmessige symptomer, slik som interesseløshet, rastløshet, irritasjon og utagering, roping, klamring, og endret døgnrytme, er vanlig ved demens. Vanlig er også psykiske symptomer, slik som angst, depresjon, psykose og personlighetsendring (Engedal & Haugen, 2016, s. 29-34). Symptomene kan være uttrykk for udekkede behov, fortvilelse eller reaksjon på smerte eller somatisk sykdom (Tretteteig, 2016, s. 274). Særlig ved alvorlig demens kan man tolke endringer i atferd som forverring av demenssykdommen, og man overser derfor fort spesifikke symptomer på somatisk sykdom. Atferdsmessige uttrykk kan være den eneste måten å formidle for eksempel smerte på (Ø. Kirkevold, 2018, s. 267). For sykepleieren blir det derfor viktig å kunne tolke beboerens atferd og nonverbale signaler. Dette krever at man kjenner beboeren godt (Tretteteig, 2016, s. 274-275). Trygge omgivelser, tid, ro og kunnskap nok til å kommunisere med beboeren er essensielt for å unngå misforståelser og feiltolkninger (Eskeland, 2017, s. 189).

2.1.3 Smerte hos eldre personer med alvorlig demens

Smerte er svært vanlig blant den eldre befolkningen (Torvik & Bjørø, 2016, s. 390-391). Achterberg et al. (2013, s. 1474) hevder i sin studie at så mange som 60-80% av sykehjemsbeboere med demens trolig opplever regelmessig smerte. Dersom smerte ikke blir identifisert og tilstrekkelig behandlet kan det medføre økt inaktivitet, tap av selvstendighet og evne til å utføre daglige gjøremål, svekkelse i kognitiv og emosjonell tilstand, samt redusert sosialt omfang (Torvik & Bjørø, 2016, s. 392). Studier viser at smerte blir utilstrekkelig vurdert og behandlet hos personer med demens (Achterberg et al., 2013, s. 1479; Burns & McIlpatrick, 2015, s. 403).

Den internasjonale foreningen for smerteforskning definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade». De vektlegger at smerte er en subjektiv opplevelse (IASP, 2017). McCaffery (1968) har også definert smerte: «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCaffery, referert i Torvik & Bjørø, 2016, s. 390). Dette byr på utfordringer dersom beboeren har alvorlig demens og ikke lenger evner å formidle smerten sin verbalt (Torvik & Bjørø, 2016, s. 397). Atferdsmessige og psykiske symptomer som motorisk uro og utagering kan være uttrykk for smerte. Somatisk sykdom skal derfor utredes dersom beboeren med demens endrer atferd eller funksjonsnivå (Ø. Kirkevold, 2018, s. 267). Sykepleierens og de pårørendes observasjoner av beboerens atferd må vektlegges fordi selvrappotering alene ikke gir solid nok grunnlag for utredning av smerter (Helsedirektoratet, 2017, § 14.2). Identifisering av smerte kan også kompliseres av legemiddelbivirkninger. For eksempel kan behandling med opioider kamuflere smerte som symptom ved annen sykdom (M. Kirkevold, 2016, s. 137).

Nasjonal faglig retningslinje om demens foreslår at smerteutredning gjennomføres med bruk av aktuelle strukturerte verktøy (Helsedirektoratet, 2017, § 14.2). Det finnes observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, eksempelvis Doloplus-2 og MOBID-2, som kan brukes for å kartlegge smerte hos beboere med demens og beboere som mangler språk.

2.2 Sykepleierens funksjon og ansvar på et sykehjem

2.2.1 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon innebærer å begrense omfanget av beboerens fysiske, psykiske og sosiale belastninger, for eksempel ved å lindre smerte. Fokuset bør ligge på beboerens livskvalitet, samt opplevelser og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse.

Sykepleieren må forsøke å forstå og forholde seg til hvordan symptomer og fenomener som følge av sykdom oppleves, for eksempel se og forstå en beboers smerter eller angst, fordi de ofte er forbundet med beboerens grunnleggende behov (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20-22). Sykehjemsbeboere har ofte flere sykdommer eller utfordringer, i tillegg til smerter, som hemmer mestring av egen hverdag. Symptomlindring vil derfor være en svært viktig del av sykepleierens behandling av beboerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 139). Å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse inngår også som et av punktene i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.2.2 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å bruke sykepleieprosessen som metode for å opprettholde beboerens helse og livskvalitet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23).

Datasamling, første steg i prosessen, innebærer å systematisk samle inn nødvendig og relevant informasjon om beboerens situasjon. Basert på denne informasjonen utfører sykepleieren kliniske vurderinger for å identifisere beboerens behov for sykepleie (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015, s. 244-246). Datasamlingen gir også grunnlag for å drøfte beboerens situasjon med annet helsepersonell (Hauge, 2016, s. 271). Videre planlegges, gjennomføres og evalueres tiltakene (Rotegård et al., 2015, s. 244-246). Grunnlaget for å utføre en pålitelig og relevant datasamling, samt en pålitelig vurdering av situasjonen, krever at sykepleieren har bred faglig kunnskap, observasjonskompetanse og en evne til å analysere og sammenfatte data (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23-24).

2.2.3 Sykepleierens undervisende, administrerende og fagutviklende funksjon

Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å organisere egen arbeidsdag, der en av de sentrale oppgavene er ledelse av avdelingens ansatte (Hauge, 2016, s. 278-279). Dette kan innebære å fordele arbeidsoppgaver blant de ansatte basert på kompetansen de besitter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Som sykepleier er man gjerne den med høyest kompetanse i det daglige arbeidet på avdelingen, og man har derfor ansvar for å undervise og veilede medarbeidere der det er nødvendig for å heve den faglige standarden og sikre god kvalitet på helsehjelpen som gis til beboerne. I tillegg til å samarbeide tett med helsefagarbeidere og ufaglærte, er sykepleieren også en sentral brikke i gjennomføringen av det tverrfaglige samarbeidet med leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper som arbeider med beboerne (Hauge, 2016, s. 278-279). Dette omfatter blant annet å assistere, koordinere, observere og dokumentere resultater av medisinsk behandling. Sykepleieren må ha interesse for faglitteratur og forskning, og en positiv holdning til endringer for å holde seg faglig oppdatert og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det skal også gis nødvendig informasjon til beboeren. Særlig viktig er det å bidra til å skape gode rutiner og prosesser som sikrer beboerens og de pårørendes deltakelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

2.2.4 Sykepleierens juridiske og etiske ansvar

Som sykepleier har man et ansvar for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016), og i møte med den enkelte beboer er det sykepleierens

ansvar å innfri disse lovene (Hauge, 2016, s. 269). At helsehjelpen som gis er faglig forsvarlig er et hovedprinsipp i all helseomsorg (Molven, 2016, s. 130). Helsepersonelloven § 4 stiller krav til at sykepleierens yrkesutøvelse er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Sykepleieren skal innrette seg etter faglige kvalifikasjoner og om nødvendig hente inn bistand fra annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Hva som er å betrakte som faglig forsvarlig endrer seg i takt med ny forskning og erfaring. Sykepleieren må derfor holde seg oppdatert innenfor sitt fagfelt for å kunne handle kunnskapsbasert og dermed faglig adekvat. At yrkesutøvelsen er omsorgsfull vil si at sykepleieren handler på en måte som skaper trygghet og tillitt overfor beboeren, både verbalt og gjennom kroppsspråk (Molven, 2016, s. 18, 135-137). Forsvarlighetsbegrepet går igjen i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016). De sier at sykepleieren skal ivareta beboerens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ved blant annet å basere yrkesutøvelsen på oppdatert forskning, praktisere innenfor grensene for egen kompetanse og ivareta den enkelte beboers behov for helhetlig omsorg. Videre sier sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal samhandle med pårørende, fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold, ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere og bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.3 Joyce Travelbee – sykepleie som en mellommenneskelig prosess

Joyce Travelbee betrakter sykepleie som en mellommenneskelig prosess der målet er at den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Hun presiserer at sykepleie alltid dreier seg om et møte mellom mennesker, og at sykepleieren og den syke i dette møtet påvirker hverandre gjensidig i en stadig prosess (Travelbee, 1999, s. 29-30).

2.3.1 Menneske-til-menneske-forhold

Grunntanken er at sykepleierens oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold der begge parter oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Kjennetegnet på et slikt forhold er at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt. For å identifisere om beboeren har slike behov må sykepleieren systematisk observere den sykes atferd. Kunnskap om hva som skal observeres, og hvordan, samt kunnskap om betydningen

av observasjonene, er nødvendig. Observasjonene og de etterfølgende antakelsene danner grunnlaget for beslutninger som tas (Travelbee, 1999, s. 171-186).

2.3.2 Kommunikasjon

For å etablere et menneske-til-menneske-forhold fremhever Travelbee betydningen av interaksjon gjennom kommunikasjon. Hun beskriver kommunikasjon som en kontinuerlig prosess der mennesker overfører budskap og mening mellom seg, både verbalt og non-verbalt. Det blir lettere å oppdage både små og store endringer i den enkeltes tilstand dersom man kjenner individet. Sykepleieren må besitte og anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer. Dette innebærer å tenke logisk, samt inneha og anvende kunnskap om fysikk, biologi, medisin, sykepleievitenskap og atferdsvitenskap, slik at man kan identifisere og møte beboerens behov. Man må i tillegg ha en evne til å bruke seg selv terapeutisk, altså å forsøke å etablere et forhold til den syke ved å bevisst og målrettet bruke sin egen personlighet (Travelbee, 1999, s. 135-150).

2.3.3 Smerte

Travelbee betrakter smerte som en ensom menneskelig erfaring som alle mennesker vil møte på i løpet av livet. Ensomheten består i at det er svært vanskelig å formidle sin egen smerteerfaring til andre slik at de forstår den fullstendig. Derfor vil det også være vanskelig for sykepleieren å vurdere den andres smerte. Smerte er en form for lidelse som oppleves på en måte som er unik for den enkelte beboer. Smerte vil gi ulike reaksjoner basert på årsak, varighet og intensitet, men kulturbakgrunn, individuelle forskjeller, angst og frykt og hvordan andre reagerer overfor beboeren som har smerte vil også kunne ha betydning. Sykepleieren må fokusere på beboerens opplevelse ved å ha smerte, og ikke basere identifiseringen kun på om smerten synes å ha et organisk grunnlag eller ikke (Travelbee, 1999, s. 98, 112-115).

2.4 Rammefaktorer på et sykehjem

Sykehjemets virksomhet blir i stor grad regulert gjennom lover og forskrifter som har innvirkning på sykepleierens daglige yrkesutøvelse (Molven, 2016, s. 26).

2.4.1 Lover og forskrifter

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir beboerne rett til nødvendige og verdige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, rett til medvirkning, nødvendig og tilpasset informasjon, samt et helsetilbud som i størst mulig grad skal utformes i samarbeid med beboeren. Videre har beboeren rett til individuelt tilpasset informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Sykepleieren skal så langt som mulig sikre seg at beboeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Dersom beboeren mangler samtykkekompetanse, har beboerens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med beboeren. De har rett til nødvendig informasjon dersom beboeren åpenbart ikke kan ivareta sine interesser, for eksempel på grunn av psykiske forstyrrelser eller demens (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal sikre at alle som bor på sykehjem tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Formålet med loven er blant annet å behandle sykdom, skade og lidelse, sikre at den enkelte får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse, sikre tjenestetilbudets kvalitet og sikre at tilbudet tilpasses den enkeltes behov. Den pålegger sykehjemmet å tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse, at beboeren mottar et helhetlig, koordinert, forsvarlig og verdig helsetilbud, og at de som utøver helsehjelpen er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Sistnevnte står også nedført i Helsepersonelloven § 16 (1999).

Verdighetsgarantien (2010) skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Dette innebærer at beboeren skal få lindrende behandling, mulighet til å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen og leve et mest mulig normalt liv, samt bli sikret kontinuitet i form av faglig forsvarlig oppfølging av sykepleieren. Hvilken lov er denne hjemlet i?

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) skal sikre at beboeren får sine grunnleggende behov ivaretatt. Dette innebærer at beboeren skal få nødvendig helsehjelp til rett tid og at helsehjelpen gis med kontinuitet. Forskriften skal også bidra til å sikre at personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov skal få tilrettelagt helsehjelp.

3 Metode

Metode er et redskap for å samle inn informasjon som er nødvendig for å svare på oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 53-55).

3.1 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave. Det vil si at jeg anvender, i tråd med Dallands beskrivelse av en litterær oppgave (Dalland, 2017, s. 207), eksisterende fag- og forskningslitteratur som jeg mener setter søkelys på min problemstilling.

Kvalitativ metode har som mål å fange opp opplevelser og mening (Dalland, 2017, s. 52). Jeg har inkludert tre forskningsartikler som har benyttet kvalitative metoder. Det er fordi jeg ønsket å gå i dybden på sykepleierens opplevelser og følelser i forbindelse med identifisering av smerte. Jeg valgte å inkludere artikler som presenterer resultater fra intervjuer av sykepleiere som hadde erfaring med personer med demens fordi jeg følte at de kunne gi meg svar på hva jeg som sykepleier kan bidra med for å identifisere smerte hos denne pasientgruppen. Det var også et bevisst valg å ekskludere kvantitative artikler. De kunne være relevante for temaet, men tall og statistikk bidro lite til å kunne svare på problemstillingen min. Tall og statistikk som er brukt i oppgaven er derfor hentet fra de tre systematiske artiklene jeg har inkludert. Disse har jeg inkludert fordi jeg føler at de gir meg et godt overblikk over temaet.

3.2 Søkehistorikk

Oppgaven baserer seg i stor grad på relevant faglitteratur hentet fra pensumbøker i sykepleiestudiet og andre fagbøker hentet fra biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole. Store deler av oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag er hentet fra pensumbøkene «Klinisk sykepleie: 1» og «Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten». «Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell» er også mye brukt. I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget har jeg i tillegg benyttet lovverk, yrkesetiske retningslinjer og politiske dokumenter.

Forskningsartikler er hentet fra de helsefaglige databasene Cinahl, Svemed+ og PubMed, Databasene ble funnet på skolens hjemmeside. I perioden november 2018 til mars 2019 har

jeg utført litteratursøk i flere helsefaglige databaser. Jeg startet med et bredt søk i Cinahl der jeg benyttet søkeordene «Pain» og «Dementia» sammen med den boolske operatøren AND. Dette ga meg over 1000 treff, og jeg begynte derfor å avgrense søket for å begrense utvalget. Jeg avgrenset søket slik at jeg kun endte opp med 223 fagfelleverderte forskningsartikler utgitt fra år 2009 til 2019. Jeg leste gjennom titlene til samtlige artikler og forkastet titler jeg betraktet som irrelevante for denne oppgaven. Deretter leste jeg abstraktene til de artiklene jeg satt igjen med og forkastet ytterligere noen artikler, for så å lese gjennom artiklene jeg da satt igjen med. Til slutt satt jeg igjen med 5 artikler som virket å belyse min problemstilling og som derfor ble inkludert i oppgaven. Jeg benyttet samme strategi da jeg utførte søk i de andre databasene. Jeg gikk først bredt ut, for deretter å snevre inn utvalget til jeg til slutt satt igjen med en artikkel fra hver av de resterende databasene. Den systematisk oversiktsartikkelen «Pain management in patients with dementia» (Achterberg et al., 2013) ble gitt til meg i skriftlig format og anbefalt av min veileder på denne bacheloroppgaven.

3.2.1 Tabell 1: Oversikt over søkehistorikk

Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Utvalgte titler
Cinahl	Pain AND Dementia	2009-2019 Peer-reviewed Research Article	223	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Cinahl	Pain Measurement AND Dementia AND (Nursing Home Personnel OR Nursing Home Patients OR Nursing Home)	2009-2019 Peer-reviewed Research Article	54	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia
Cinahl	Dementia AND Nursing Knowledge	2009-2019 Peer-reviewed Research Article	32	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment
Svemed+	Dementia AND (Pain OR Pain Management OR Pain Measurement OR Pain Perception)	Peer-reviewed tidsskrifter	13	Smertebehandling til personer med langtkommen demens

PubMed	Dementia AND Pain Management	2009-2019	496	Assessment and treatment of pain in people with dementia
--------	------------------------------	-----------	-----	--

3.3 Kildekritikk

Jeg har deltatt på forelesninger om litteratursøk og lest meg opp på området for å styrke mitt grunnlag for å utføre gode litteratursøk. Jeg har likevel begrenset med erfaring innenfor litteratursøk, og en svakhet med oppgaven vil derfor kunne være at jeg har oversett relevant og nyttig litteratur som burde vært inkludert.

Gjennom mine søk har jeg funnet svært mye forskning som omhandler temaene demens og smerte. Det har derfor vært nødvendig å være svært kritisk til hvilke artikler som ble inkludert og ekskludert slik at jeg endte opp med de artiklene som best belyser min problemstilling. Jeg oppdaget blant annet at mye av forskningen omfattet bruk av smertekartleggingsverktøy som et hjelpemiddel ved identifisering av smerte. Mange av disse artiklene var relevante for min problemstilling fordi de tok for seg faktorer som kan ha innvirkning på identifisering av smerte hos personer med demens. For eksempel inneholder mange smertekartleggingsverktøy symptomer og tegn man skal se etter hos en person med demens for å identifisere om smerte er til stede, og det er disse nettopp disse tegnene jeg er opptatt av å utforske. Likevel har jeg valgt å ekskludere disse artiklene fordi de inneholder omfattende informasjon om smertekartleggingsverktøyene, slik som hvordan de brukes og hvor pålitelige de er. Dette vektlegges ikke i denne oppgaven. Smertekartleggingsverktøy blir likevel tatt opp som tema i noe mindre grad i flere av artiklene jeg har inkludert. De tre kvalitative forskningsartiklene baserer seg på intervjuer av sykepleiere.

Jeg har for det aller meste benyttet primærkilder i denne oppgaven. Unntaket er der jeg referer til arbeid av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og smertedefinisjonen til McCaffery. Der jeg skriver om Travelbee har jeg benyttet meg av en oversettelse gjort til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen i 1999. Travelbees originale utgave ble utgitt på engelsk i 1971. Jeg benyttet meg av den oversatte versjonen fordi den var lett tilgjengelig gjennom skolens bibliotek, og fordi jeg skulle unngå å feiltolke Travelbees presentasjon av teorien ved oversettelse. De aller fleste bøkene jeg har benyttet meg av er utgitt i nyere tid. Jeg har likevel benyttet meg av Travelbees teorier om sykepleie fordi jeg mener at hun belyser problemstillingen min godt og

fortsatt anser teoriene som relevante for sykepleiere i dagens samfunn. Av samme grunn har jeg også benyttet meg av boken «Personer med demens: møte og samhandling». Kapittelet jeg har henvist til står også oppført som pensumlitteratur. McCafferys smertedefinisjon har jeg anvendt for å lette mitt arbeid med å finne primærkilden, men jeg anser likevel oversettelsen til Torvik & Bjøro pålitelig fordi boken står oppført i pensumlistene.

I mine litteratursøk fant jeg flest engelskspråklige artikler av relevans for oppgaven og har derfor valgt å inkludere fire av dem. Jeg anser mine engelskkunnskaper som gode, men i min oversettelse er det likevel en sjanse for at jeg kan ha feiltolket eller misforstått innholdet. De gir en oversikt over andre studier utført i mange forskjellige land. Jeg har derfor gjennomgått referansene de oppgir for å forsikre meg om at flesteparten av referansene er til studier gjennomført i USA eller Europa. De resterende to artiklene er skrevet på norsk. I tillegg til at jeg mener de belyser min problemstilling, ser jeg på det som en fordel at studiene har foregått i Norge. De kan være lettere å relatere seg til, og har større relevans for min oppgave som har som utgangspunkt at sykepleieren arbeider på et sykehjem i Norge.

Alle utvalgte forskningsartikler er funnet i anerkjente helsefaglige databaser funnet på skolens nettside og er fagfellevurderte. Ved inkludering av egne erfaringer i oppgaven, har jeg sørget for å anonymisere personene slik at de ikke kan gjenkjennes av leseren.

4 Forskningsresultater

Nedenfor er utvalgte forskningsartikler presentert i en artikkelmatrise for å gi en systematisk oversikt over artiklenes data. De er ordnet etter hvilken metode som er brukt, der de tre første er systematiske oversiktsartikler og de tre siste er kvalitative artikler. Rekkefølgen er ellers tilfeldig.

4.1.1 Tabell 2: Oversikt over utvalgte forskningsartikler

Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
Wilco P. Achterberg, Marjoleine J. C. Pieper, Annelore H. van Dalen-Kok, Margot W. M. de Waal, Bettina S. Husebo, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik J. A. Scherder og Anne Corbett (2013)	Pain management in patients with dementia	Clinical Interventions in Aging	Å utforske fire nøkkelperspektiver innen smerte hos personer med demens og komme med anbefalinger for praksis og forskning.	Systematisk oversiktsartikkel	Vurdering av smerte er krevende på grunn av begrenset mulighet for selvrapporing og mangel på trening og oppløring blant ansatte. Identifisering baserer seg i stor grad på observasjon. Mange kartleggingsverktøy, men usikkerhet rundt kvalitet og implementering i praksis.
Michelle Burns og Sonja McIlfratrick (2015)	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment	International Journal of Palliative Nursing	Å utforske sykepleieres kunnskap og holdninger mot vurdering av smerte.	Systematisk oversiktsartikkel	Smerte er vanlig, men blir ofte feiltolket og underbehandlet. Identifisering avhenger av sykepleierens observasjon, kliniske vurderingsevne og intuisjon. Mangel på kontinuitet, kunnskapsdeling og tverrfaglig samarbeid. Høyt arbeidspress, mangel på personale, tid og kommunikasjon er barrierer. Nødvendig med trening og oppløring i vurdering av smerter.
Anne Corbett, Bettina Husebo, Marzia Malcangio, Amelia Staniland, Jiska Cohen-Mansfield, Dag Aarsland og Clive Ballard (2012)	Assessment and treatment of pain in people with dementia	Nature Reviews Neurology	Å samle beste tilgjengelig evidens om årsaker, vurdering og behandling av smerte hos personer med demens.	Systematisk oversiktsartikkel	Omtrent 50% av personer med demens har regelmessige smerter. Stor risiko for underdiagnostisering. Selvrapporing ved alvorlig demens er ofte lite aktuelt. Vurdering av ansiktsuttrykk kan være godt alternativ til selvrapporing. Kartleggingsverktøy ga ikke leger nok informasjon. MOBID-2 er pålitelig og kan brukes i praksis. Behandling av smerte kan føre til mindre agitasjon, aggresjon og smerte.

Todd B. Monroe, Abby Parish og Lorraine C. Mion (2015)	Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia	Archives of Psychiatric Nursing	Å utforske hvilke hint og praksis sykepleiere brukte for å identifisere og lindre smerte hos sykehjemsbeboere med demens	Kvalitativ studie	Smertehåndtering hos beboere med alvorlig demens er en kompleks oppgave. Usikkerhet rundt smerteopplevelse fordi beboerne ikke kunne uttrykke seg. Klinisk ekspertise, kommunikasjon med pårørende, tverrfaglig kommunikasjon og kjennskap til beboeren var faktorer som kunne hjelpe med identifiseringen. Ofte konflikt mellom familiens ønsker og beboerens behov. Mange ansvarsområder: konstant årvåkenhet, pleie av hele familien, vilje til å prøve og feil og prioritere beboerens komfort og livskvalitet.
Grunn-Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvoll og Geir Fagerjord Lorem (2013)	Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Geriatrisk sykepleie	Å utforske erfaringer sykepleiere har ved vurdering av smerte hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens og språkvansker.	Kvalitativ studie	Vanskeligheter med å tolke beboerens uttrykk. Manglende faglige basiskunnskaper. Manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom. Manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Pårørende viktig ressurs.
Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø (2013)	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Nordic Journal of Nursing Research/Vård i Norden	Å utforske erfaringer sykepleiere har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens på sykehus og i sykehjem.	Kvalitativ studie	Utfordrende å lindre smerte pga. høy alder, komorbiditet og polyfarmasi. Gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kartlegging og ingen rutiner for behandling. Støter ofte på etiske dilemmaer: autonomi vs. smertelindring.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til identifisering av smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens?*» opp mot utvalgt fag- og forskningslitteratur og egne erfaringer.

5.1 Sykepleierens lindrende funksjon

Smertelindring bør ha fokus på beboerens opplevelse av det å ha smerter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Ifølge Travelbee (1999, s. 112) er smerte en ensom erfaring fordi den er så vanskelig å beskrive i sin fullhet til andre. Beboere med alvorlig demens har ofte global afasi og kan derfor ha vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt (Engedal & Haugen, 2018a, s. 24). Monroe, Parish & Mion (2015, s. 318) fant at sykepleiere, til tross for at de gjorde sitt ytterste for å forstå, forble usikre i forbindelse med beboerens smerteopplevelse. Ensomheten som følger med smerteopplevelsen kan derfor tenkes å bli ytterligere forsterket hos disse beboerne. Sykepleierne i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013, s. 29) oppga at de satt beboere på fast smertelindring av frykt for å overse at beboeren hadde smerter. Videre oppga de at dette kunne føre til overbehandling av smerter, fordi det kunne vise seg i ettertid at beboeren ikke hadde hatt smerter. Dette samsvarer med at personer med demens blir behandlet med mer smertestillende enn kognitivt friske eldre (Corbett et al., 2013, s. 266). En slik fremgangsmåte kan likevel vise seg å føre til identifisering av smerte. Smerte kan antas å være årsak til atferdsendring, dersom beboerens vanlige atferd gjenopprettes etter å ha mottatt smertestillende medikamenter (Torvik & Bjørø, 2016, s. 399). Derfor anser jeg ikke «prøve og feile»-metoden som en tilnærming kun forankret i en opplevelse av frykt for å overse beboerens smerter. Det kan også vitne om et ønske fra sykepleieren om å ville beboeren godt.

I studien til Monroe et al. (2015, s. 318) ble det påpekt av sykepleierne at de foretar seg mange små ting for å gjøre beboerens liv så komfortabelt som mulig (Monroe et al., 2015, s. 318). Dette tyder på at de i likhet med Travelbee (1999, s. 115) ikke kun retter fokuset mot objektive observasjoner som åpenbart forteller dem at beboeren opplever smerte, men at de har en mer helhetlig tilnærming til beboeren. For eksempel kan man se for seg at en sykepleier blir oppmerksom på en beboer som hele formiddagen har sittet i ro i stolen sin på fellesstua. Sykepleieren tenker at dette er svært uvanlig atferd for denne beboeren, som vanligvis er mye i aktivitet. Sykepleieren tar så initiativ til å gå en tur ut i hagen med denne beboeren, og observerer i ettertid at beboeren er tilbake til sin vannte atferd. Det førte ikke

nødvendigvis til at sykepleieren identifiserte smerte i den forstand at hun ble klar over at smerte var årsak til inaktiviteten, men beboeren kan likevel ha blitt smertelindret fordi han fikk bevege litt på den stive kroppen. Ifølge Danielsen et al. (2016, s. 384) er opplevelsen av velvære et grunnleggende behov som kan oppnås ved å lindre fysisk ubehag som ikke trenger å ha direkte tilknytning til smerten. De hevder at det er i disse enkle, dagligdagse handlingene sykepleieren viser omsorg for beboeren. Travelbee (1999, s. 114) hevder at beboerens mestring av smerte i stor grad avhenger av at sykepleieren reagerer med å vise tilstrekkelig omsorg. Sykepleieren, i forlengelse av de kommunale omsorgstjenestene, skal sørge for tilrettelegging av tjenestetilbudet som sikrer at beboeren får lindrende behandling, og bevarer eller øker mulighetene til å fungere i hverdagen og leve et mest mulig normalt liv (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). Videre har sykepleieren ifølge Helsepersonelloven § 4 en plikt til å yte omsorgsfull helsehjelp (1999). Ifølge Molven (Molven, 2016, s. 146) kan omsorgsfull hjelp blant annet innebære at beboeren blir møtt med engasjement. Dette underbygges av sykepleierne i studiet til Monroe et al. (2015, s. 318), som hevder at identifisering av smerte krever en konstant årvåkenhet og en vilje til å «prøve og feile». Å prioritere beboerens velvære og livskvalitet ble sett på med entusiasme. Initiativ til å gå systematisk til verks for å identifisere smerte er en sykepleiers ansvar (Thoresen & Dahl, 2015, s. 949).

5.2 Sykepleierens behandlende funksjon

5.2.1 Observasjon av atferd

Burns & McIlpatrick (2015, s. 403) slår fast at identifisering av smerte hos personer med demens i stor grad baserer seg på sykepleierens observasjon og kliniske vurderingsevne. Gjennom observasjon samler sykepleieren data som legger grunnlag for å vurdere beboerens helsetilstand. For å fatte gode vurderinger må datasamlingen være pålitelig og relevant (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Systematisk observasjon er ifølge Travelbee (1999, s. 171-186) essensielt for å kunne identifisere den enkeltes sykepleiebehov. Hun hevder at sykepleieren må ha kunnskap om hva som skal observeres, og hvordan, samt betydningen av de utførte observasjonene. Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 30) anså omfattende kognitiv svikt, svekket kommunikasjonsevne, høy alder, komorbiditet og polyfarmasi som utfordringer ved identifisering og lindring av smerte. Slike sammensatte og kompliserte sykdomsbilder er vanlig hos eldre mennesker. Symptomer kan være atypiske og diffuse og legemidler kan kamuflere symptomer på sykdomsutvikling (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018, s. 139). Samtidig vil den svekkede evnen til å uttrykke seg verbalt føre til at de fleste beboere med alvorlig demens ikke evner å selvrappportere smerte (Achterberg et al., 2013, s. 1474). Observasjon av atferd blir derfor nødvendig fordi atferdsmessige uttrykk kan være den eneste måten beboeren klarer å formidle smerte på (Ø. Kirkevold, 2018, s. 267). Grimasering, rynket panne, lukkede øyne, sukking, jamring, stønning, grynting, beskyttende, urolige og nervøse bevegelser er vanlige atferdstyper som kan indikere smerte (American Geriatrics Society, referert i Torvik & Bjøro, 2016, s. 398). Corbett et al. (2013) viser til studier som fant at også agitasjon og aggresjon kunne være uttrykk for smerte på grunnlag av at det ble observert en reduksjon av slik atferd ved behandling av smerte. Samtidig er atferdsmessige og psykologiske symptomer svært vanlig ved alvorlig demens (Engedal & Haugen, 2016, s. 29). I tillegg kan slik atferd være en reaksjon på at beboeren har andre udekkede behov enn behovet for smertelindring (Tretteteig, 2016, s. 276). Det viser seg at sykepleiere synes det er krevende å skille mellom atferd forårsaket av demenssykdommen fra atferd forårsaket av smerte (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 404). Monroe et al. (2015, s. 318) fant i sin studie at sykepleierne - til tross for at de gjorde sitt ytterste for å forstå - ofte satt igjen med usikkerhet knyttet til beboerens smerteerfaring. Observasjon av atferd for å identifisere smerte vil følgelig begrenses av sykepleierens evne til å tolke atferden. Gode vurderinger forutsetter, ifølge sykepleierne i studiet til Jenssen et al. (2013, s. 29), at sykepleieren har generell kunnskap om sykdommer og medisiner, samt god kunnskap om demens og utviklingen av demenssykdommer. Smerte kan også utløse flere fysiologiske reaksjoner, som for eksempel et forhøyet blodtrykk (Danielsen et al., 2016, s. 389). Samtidig kan slike reaksjoner være dempet eller utebli hos eldre beboere (Torvik & Bjøro, 2016, s. 391). Dersom de likevel er tilstede må sykepleieren sette dette i sammenheng med observasjoner av atferdsmessige reaksjoner på smerte, slik som en rynket panne (Danielsen et al., 2016, s. 389).

5.2.2 Kjennskap til beboeren

Likevel hevder Travelbee at observasjon i seg selv ikke danner grunnlag nok for å ivareta beboerens sykepleiebehov. Hun fremhever viktigheten av at sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med beboeren og skaffer innsikt i hvordan beboeren tidligere har håndtert påkjenninger. På den måten vil sykepleieren lettere kunne oppdage både åpenbare og vage forandringer i beboerens tilstand (Travelbee, 1999, s. 135-142). Dette støttes av Jenssen et al. (2013, s. 31, 33), som påpeker at nærhet og kjennskap til beboeren er en forutsetning for adekvate

smerteobservasjoner. Kjennskap til beboeren kan forbedre sykepleierens mulighet for meningsgivende samspill (Wogn-Henriksen, 2008, s. 100-111). Til tross for at Achterberg et al. (2013, s. 1474) hevder at de fleste beboere med alvorlig demens ikke evner å selvrappportere smerte, påpeker de at sykepleieren alltid bør forsøke å oppnå selvrappotering i så stor grad som mulig. De forklarer ikke dette nærmere, men det kan tenkes å ha sammenheng med at smerte betraktes som en subjektiv erfaring som best kan beskrives av beboeren selv (IASP, 2017; McCaffery, referert i Torvik & Bjørø, 2016, s. 390). I tillegg viser det seg at de fleste har en opprettholdt vilje til og kapasitet for mening til tross for manglene evne til å uttrykke seg verbalt på en adekvat måte. Kjennskap til beboeren kan føre til at sykepleieren lettere finner mening i det som for andre kan virke som meningsløse ord og uttrykk (Wogn-Henriksen, 2008, s. 100-111). Ifølge Travelbee (1999, s. 135-150) må sykepleieren evne å bruke seg selv terapeutisk i kommunikasjonen med beboeren. Bekreftelse av beboerens følelser gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon, for eksempel ved å lytte til og støtte beboerens oppfatning av virkeligheten, kan gi beboeren mulighet til å kanalisere og uttrykke sine behov (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429-430). Beboeren høye alder kan føre til svekkelse av syn og hørsel. Ved tidlig oppdagelse av eventuell sansesvikt og tilpasning av riktige hjelpemidler, for eksempel ved å sørge for rene briller og fungerende høreapparat, kan sykepleieren tilrettelegge for et miljø som fremmer kommunikasjon og deltakelse (Pihl, 2016, s. 286). Dette kan tyde på at selvrappotering til en viss grad er mulig dersom sykepleieren kjenner beboeren godt og har kunnskap om tilnæringsmåter som kan muliggjøre kommunikasjon.

5.2.3 Samarbeid med pårørende

Gjennom praksis på sykehjem erfarte jeg at til tider lange opphold mellom vaktene gjorde det utfordrende å bli godt kjent med hver enkelt beboer på avdelingen. Høy arbeidsbelastning, lav bemanning og tidspress kan føre til mangel på kontinuitet, og blir av sykepleiere betraktet som hemmende faktorer for identifisering av smerte (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 403, 405). Samtidig fremhever flere studier kommunikasjon med pårørende som en fremmede faktor for identifisering av smerte (Jenssen et al., 2013, s. 30; Monroe et al., 2015, s. 318). Sykepleierne i Jenssen et al. (2013) mente at det som regel er de pårørende som kjenner beboeren best og at de lettere forstod hva beboeren uttrykte. Videre ble det i studiet til Monroe et al. (2015, s. 318) argumentert for at pårørende i mange tilfeller kunne gi sykepleieren informasjon om tidligere sykdom eller skade som kunne ha betydning for

beboerens nåværende smerteerfaringer. Bruk av pårørende som ressurs støttes av Nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2017, § 14.2), som hevder at det må legges vekt på pårørendes observasjoner ved utredning av smerte hos beboere med alvorlig demens. Sykepleieren har i tillegg et juridisk og etisk ansvar for å legge til rette for et samarbeid med pårørende bygget på respekt og omtanke (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Norsk sykepleierforbund, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3, 3-5). På den annen side forteller sykepleiere om konflikter som kan oppstå i samarbeid med pårørende (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Dette kunne for eksempel dreie seg om ubehagelige følelser i forbindelse med ønsker fra pårørende om å tvangsbehandle eller overbehandle beboeren. Mange pårørende har begrenset kunnskap om demens og hvilke behandlingstilbud som er hensiktsmessige i et sent stadium av demenssykdommen (Bruvik, 2016, s. 185, 191). Sykepleieren har en plikt til å gi pårørende informasjon som er nødvendig for å få innsikt i beboerens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen i situasjoner der beboeren selv ikke kan ivareta sine interesser. Dette inkluderer informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Helsepersonelloven, 1999, § 3.3). Dersom det kommer frem gjennom samarbeidet at beboerens interesse står i motsetning til pårørendes mening, skal sykepleieren i sin vurdering imidlertid prioritere hensynet til beboeren (Norsk sykepleierforbund, 2016).

5.3 Sykepleierens undervisende, administrerende og fagutviklende funksjon

5.3.1 Samarbeid med lege

Det er bred enighet i fag- og forskningslitteratur om at et godt fungerende tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende smertelindring (Burns & McIlfratrick, 2015, s. 404; Jenssen et al., 2013, s. 30; Torvik & Bjørø, 2016, s. 393). Sykepleierens ansvar er å fortløpende vurdere beboerens tilstand og formidle sine observasjoner til legen. Basert på det sykepleieren formidler har legen ansvar for å ta avgjørelser om den medisinske behandlingen (Torvik & Bjørø, 2016, s. 393). Studier viser imidlertid at sykepleiere kan oppleve utfordringer med å ivareta et slikt samarbeid. Det beskrives hvordan leger kan mangle tillitt til sykepleierens vurderinger, og at dette kan føre til følelser av frustrasjon og maktesløshet hos sykepleieren (Burns & McIlfratrick, 2015, s. 404; Jenssen et al., 2013, s. 30). Dette understreker behovet for at sykepleieren innehar god observasjonskompetanse og klinisk vurderingsevne. Dersom sykepleieren presenterer en systematisk datasamling som indikerer at beboeren kan ha smerte, samt kunnskap om de alvorlige konsekvensene smerte kan føre til, kan det tenkes at legen lettere aksepterer sykepleierens vurderinger. En presis

informasjonsutveksling mellom sykepleier og lege kan bidra til iverksetting av tilfredsstillende medisinsk behandling (Hauge, 2016, s. 393).

5.3.2 Oppdatert kunnskap og forskning

Etter at Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble innført i 2012 har kommunale helse- og omsorgstjenester i økende grad overtatt helsehjelpen som gis til eldre. Dette førte til et stort behov for styrking av sykepleieres medisinske kompetanse, i tillegg til styrking av kompetanse, kvalitet og faglig bredde blant hele personalet på sykehjemmet (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 197). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 11-12) viser likevel at kompetansenivået fremdeles er for lavt blant de ansatte i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 11-12). Sykepleiere erkjenner viktigheten av solid fagkunnskap om identifisering av smerte, og oppgir selv at de har behov for bredere kompetanse på dette området (Burns & McIlfatrick, 2015, s. 404). I henhold til Helsepersonelloven § 4 skal helsehjelpen skal være bygget på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleiere i studiet til Jenssen et al. (2013, s. 30-31) mente imidlertid at sykehjemmene rettet for lite fokus mot og tilrettela dårlig for faglig utvikling av personalet, hvilket gjorde det vanskelig å holde seg faglig oppdatert. Dette kan virke overraskende med tanke på at sykehjemmene ifølge § 4-1 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) plikter å tilrettelegge for tilstrekkelig fagkompetanse i sine tjenester slik at sykepleieren blir i stand til å overholde kravet om forsvarlighet. På den annen side har sykepleieren et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og søke veiledning i vanskelige situasjoner, noe som blant annet innebærer at sykepleieren holder seg oppdatert på forskning (Norsk sykepleierforbund, 2016). MOBID-2 et observasjonsbasert verktøy sykepleieren kan bruke for å undersøke om beboeren gir uttrykk for smerte under mobilisering (Torvik & Bjørø, 2016, s. 398). Dette er et verktøy som er vist å være effektivt for identifisering av smerte (Corbett et al., 2013, s. 268). Likevel fant Lillekroken og Slettebø (2013, s. 30) at ingen av sykepleierne i deres studie hadde kunnskap om og kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Heller ingen av sykepleieren i studien til Jenssen et al. (2013) benyttet seg av kartleggingsverktøy. Smertekartleggingsverktøy er imidlertid et hjelpemiddel som anbefales tatt i bruk for å identifisere smerter (Corbett et al., 2013, s. 271; Helsedirektoratet, 2017, § 14.2).

5.3.3 Kunnskapsdeling og delegering

Samtidig viser det seg at mangel på tid kan føre til unøyaktige vurderinger av beboerens smerte og mangel på tverrfaglig samarbeid (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 404). Mange kommuner opplyser at de ikke har nok sykepleiere til å dekke alle beboernes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 11-12). På et sykehjem må derfor sykepleieren også samarbeide med mange helsefagarbeidere og ufaglærte (Hauge, 2016, s. 278-279). Egen erfaring fra praksis på sykehjem tilsier at det er disse som i løpet av dagen er mest i kontakt med den enkelte beboer. Det lå derfor mye verdi i de andre ansattes videreformidling av sine observasjoner til sykepleieren. Sykepleiere i studiet til Jenssen et al. (Jenssen et al., 2013) forteller imidlertid om situasjoner der dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppa førte til at slik rapportering ikke fant sted før vekten gikk mot sin slutt. Dette bekrefter viktigheten av sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet, som blant annet kan innebære å etterspørre andres kompetanse og vurderinger (Hauge, 2016, s. 278). Jeg har selv opplevd hvordan helsefagarbeidere som har jobbet i lang tid på sykehjemmet har opparbeidet seg masse kunnskap og god kjennskap til beboerne. De kan derfor tenkes å stå i en enda bedre posisjon til å identifisere smerte enn sykepleieren selv. Sykepleieren har i tillegg et ansvar for å fordele arbeidsoppgaver tilpasset den enkeltes kunnskap og kompetanse (Hauge, 2016, s. 278). For eksempel kan mulighetene for å identifisere smerte antas å være større dersom sykepleieren gir ansatte ansvar for å følge opp beboere de kjenner godt.

Sykepleiere i studien til Jenssen et al. (2013, s. 31) oppgir at beboere i noen perioder kunne bli satt på fast smertebehandling fordi en stor andel av personalet var ufaglærte. Det ble uttrykt at dette lettet de ufaglærtes arbeid fordi de ikke trengte å fange opp de vanskelige signalene beboeren kunne sende ved smerte. Torvik & Bjørø (2016, s. 394) hevder at de ansatte bør ha tilgang på skrevne rutiner og retningslinjer med hensyn til identifisering av smerte. Sykepleierne i studiet til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) hadde delte meninger om dette. Mange ønsket felles retningslinjer og innføring av prosedyrer som ga føringer for hvordan de skulle handle. Noen hevdet derimot at felles prosedyrer ikke egnest seg til identifisering av smerte hos denne pasientgruppen fordi de mente at smerte er individuelt og derfor ikke kan standardiseres. Hauge (2016, s. 280) hevder at det kan være utfordrende for sykepleieren å endre arbeidsmønstre og vaner i en avdeling, spesielt i situasjoner der de ansattes rutiner får forrang over beboerens ønsker og behov. Jeg har selv erfaring med hvor lett det er å følge de eksisterende rutinene på en sykehjemsavdeling. En beboer gjennomførte en operasjon som i de fleste tilfeller gir sterke smerter i etterkant, spesielt i forbindelse med

mobilisering. Beboeren motsatte seg derfor ofte mobiliseringen. Jeg opplevde at personalet synes det var utfordrende å vite om beboeren hadde smerter under mobilisering, eller om motsettelsen skyldtes redsel, angst eller andre lignende årsaker. Det var vanskelig å få spesifikke svar på dette fra beboeren selv, og man var usikre på om et «ja» fra beboeren på spørsmål om smerter faktisk betød at beboeren hadde smerter. Mobilisering av beboeren var likevel viktig å gjennomføre for å redusere faren for komplikasjoner etter operasjonen. Dermed ble jeg vitne til at de ansatte gjentatte ganger mobiliserte beboeren mot beboerens vilje. Dette foregikk over flere uker uten at noen stilte spørsmål til om dette var å betrakte som å være i tråd med etiske og juridiske føringer. Jeg opplevde heller ikke at personalet brukte noen form for smertekartleggingsverktøy under denne prosessen. Som sykepleierstudent var det ofte utfordrende å sette spørsmål ved hvorfor det ble gjort som det ble gjort, og jeg havnet derfor fort i samme arbeidsmønster som min veileder og andre ansatte. Å arbeide med endring av kulturen blant de ansatte er imidlertid en sykepleiers oppgave som leder av avdelingens pleieteam. Til tross for antydninger til mangel på kompetanse, vil sykepleieren likevel ofte være den med bredest kompetanse blant de ansatte på avdelingen (Hauge, 2016, s. 278-280). Ved å dele egen kompetanse med andre ansatte kan sykepleieren sørge for at den faglige standarden på hele avdelingen heves (Hauge, 2016, s. 278-279). For eksempel kan dette innebære å dele sine nye kunnskaper om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og hvordan atferdsendringer kan være et tegn på smerte. Deling av kunnskap om at smerte er et utbredt problem blant sykehjemsbeboere kan tenkes å føre til at flere ansatte blir oppmerksomme på å se etter atferdsendringer. Opplæring i hvordan man utfører prosedyrer, for eksempel måling av blodtrykk og respirasjonsfrekvens, kan tenkes å føre til at sykepleieren fritas fra «enkle» oppgaver og dermed får bedre tid til å tolke dataene slik at smerte blir identifisert. Sykepleieren har i henhold til sykepleierens yrkesetiske retningslinjer et ansvar for å veilede de andre ansatte på avdelingen (Norsk sykepleierforbund, 2016).

6 Avslutning

Smerte er, og vil fortsette å være, et svært utbredt problem blant sykehjemsbeboere med alvorlig demens. Dessverre viser det seg at mange av disse beboerne fortsetter å leve sine liv i smerter fordi smertene forblir uoppdaget og ubehandlet. Sykepleieren har derfor et stort ansvar for å sette seg selv i en bedre posisjon til å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Den kanskje viktigste oppgaven sykepleieren har, er å opparbeide seg observasjonskompetanse gjennom et solid kunnskapsgrunnlag om hvordan den eldre beboers sammensatte sykdomsbilde og alvorlige demens kan påvirke smerteuttrykket. Å vite hva man skal se etter og systematisere observasjonene i en datasamling kan bidra til at både sykepleieren og legen lettere kan tolke og se data i sammenheng for å identifisere smerte. Å bli kjent med beboeren og tilrettelegge for et godt samarbeid med pårørende kan bidra til at sykepleieren lettere kan skille smerteatferd fra demensatferd. Sykepleieren må også ha kompetanse til å oppfylle sin rolle som leder av avdelingens helsefagarbeidere og ufaglærte. Ved å ta initiativ til kunnskapsdeling og fagutvikling kan sykepleieren bidra til at flere har kompetanse til å identifisere smerte.

Det er liten tvil om at dette er omfattende oppgave som krever tid, kontinuitet, engasjement og samarbeidsvilje fra sykepleieren. Samtidig opplever sykepleiere at identifisering av smerte rettes lite fokus fra sykehjemmene og at det tilrettelegges for dårlig til at de kan innfri disse kravene. Å bidra til identifisering av smerte kan derfor virke som en håpløs oppgave. Likevel har sykepleieren et ansvar for å prøve sitt beste.

Som en sykepleier sa: «We're nurses. We've got to fix it» (Monroe et al., 2015, s. 318).

7 Referanseliste

- Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C., Dalen-Kok, A. H. v., Waal, M. W. M. d., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., ... Corbett, A. (2013). Pain management i patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8(1), 1471-1482. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2016). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197-209). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bruvik, F. K. (2016). Å være pårørende. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 173-197). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Burns, M. & McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D. & Ballard, C. (2013). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature Reviews: Neurology*, 8, 264-274. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13-38). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 29-47). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Demensplan 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- IASP. (2017). IASP Terminology. Hentet 04. februar fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jensen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M. (2016). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 137). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-275). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research/Vård i Norden*, 33(3), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester: statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358290?_ts=165a44eac40
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pihl, E. (2016). Sansesvikt i eldre år. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (bd. 2, s. 286-300). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2016). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (s. 244-270). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (s. 926-960). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2016). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tretteteig, S. (2016). Utfordrende atferd. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 273-289). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe.