

Alzheimerpasienter står i fare for å bli feiltolket og dermed feilbehandlet

Uro, et uttrykk for smerte

Camilla H. Jessen Bjerkeli og Jeanette Evensen



Høgskolen i **Hedmark**

4VFOPSH1 Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre

HØGSKOLEN I HEDMARK

1.juni 2012

Antall ord: 10 085

Hva ser du søster?

Hva ser du søster i din stue?

*En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt grisert og rotet hvor hun har ligget.*

*Hun snakker høyt,
men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.*

*Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16
med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn,
jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.
Så dør min mann,*

*jeg blir ensom med sorgen,
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn og hjem,
det er så mye som opptar dem.*

*Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot blir snart
tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes:
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.*

*Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!*

Hva ser du søster?

*- En tung og senil og trett gammel
skrott?*

- Nei. Prøv en gang til!

*Se bedre etter - se om du kan finne:
et barn, en brud, en mor, en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Der er MEG du må prøve å se -
og finne!*

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Problemstilling og case	5
1.2.1 Problemstilling	5
1.2.2 Case	5
1.2.3 Avgrensning og begrepsavklaring	6
1.3 Oppbygging av oppgaven	7
2. METODE	8
2.1 Metodebeskrivelse	8
2.2 Litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	10
3. TEORETISK REFERRANSERAMME	12
3.1 Demens ved Alzheimers sykdom	12
3.1.1 Symptomer ved Alzheimer	13
3.2 Kommunikasjon med personer med Alzheimer	14
3.2.1 Den demensrammedes kommunikasjon	14
3.3 Personsentrert omsorg	16
3.4 Etske aspekter	18
3.5 Generelt om smerter	19
3.5.1 Smerter hos eldre	20
3.5.2 Akutt og kronisk smerte	21
3.5.3 Smerter hos personer med demens og hensyn man må ta	22
3.6 Kartlegging av smerte	22
3.6.1 Kartleggingsverktøyet Mobid-2scale	23
4. HVORDAN KAN SYKEPLEIERE IDENTIFISERE SMERTE SOM MULIG ÅRSAK TIL URO HOS PASIENTER MED ALZHEIMER PÅ SYKEHJEM?	25
4.1 Hvordan kan sykepleiere anvende personsentrert omsorg og bruke kommunikasjon som verktøy for å identifisere smerter hos personer med Alzheimer?	25
4.2 Hvordan kan sykepleieren anvende kartleggingsverktøyet Mobid-2 Scale for å identifisere smerter hos personer med demens?	29
5. KONKLUSJON	33
6. LITTERATURLISTE	34

1. INNLEDNING

I følge Helsedepartementet lider om lag 70 000 personer av demens i Norge i dag (Sandvik, 2011). Hovedårsaken til at nordmenn legges inn på sykehjem i dag er demens (Sandvik & Husebø, 2011). I følge Kongsgaard et.al rammes 60-80% av dem som bor i sykehjem av kroniske smerter. «Smerte er generelt underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom, først og fremst fordi det ikke utføres noen systematisk smertediagnostikk. Antagelig er dette problemet enda større i sykehjem» (Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008). Videre hevder de at pasienter med demens står i fare for å bli underbehandlet, fordi helsepersonellens evne til å gjenkjenne smerte hos denne pasientgruppen ikke er tilfredsstillende.

På bakgrunn av vår arbeidshverdag og referansene nevnt over har vi valgt å jobbe med smerteuttrykk hos pasienter med demens i vår oppgave. Vi mener det er for lite fokus på denne tematikken på de sykehjemmene vi har erfaring fra og det har vært lite belyst i undervisningen på videreutdanningen. Dette er også med på å inspirere oss til å fordype oss i tema.

I denne innledningen skal vi begrunne vårt valg av tema, problemstilling og presentere en case. Videre vil vi komme inn på avgrensning og begrepsavklaring. Til slutt vil vi si litt om oppbygging av oppgaven.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I følge Wyller (2011) er dagens eldre mye plaget av kroniske smerter. Opplevelser vi har fra arbeidslivet er at smerter hos personer med demens er et underkommunisert område. Vi har erfaring med at uro hos personer med demens kan bli behandlet med beroligende medikamenter. En årsak kan kanskje være at enkelte helsepersonell ikke har god nok kunnskap i forhold til kartlegging om hvorvidt uro er uttrykk for smerte. I følge Sandvik og Husebø (2012) er agitasjon og aggresjon hyppige og belastende symptomer hos sykehjempasienter med demens. Til tross for hyppige bivirkninger og usikker dokumentasjon behandles ofte atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens med antipsykotika (Ibid). Vi lurer på om god smertelindring, i stedet for antipsykotika, vil kunne gi pasienten et bedre liv. Vi har valgt å ha fokus på temaet smerter hos personer med demens, fordi vi ønsker å øke vår egen kompetanse og bevissthet i forhold til denne tematikken. Derfor har vi kommet frem til en problemstilling som vi ønsker å belyse gjennom denne oppgaven.

1.2 Problemstilling og case

Problemstillingen kan være med på å bevisstgjøre sykepleiere i deres møte med urolige personer med demens. For å tydeliggjøre våre antagelser, ønsker vi å beskrive en case fra vår arbeidshverdag.

1.2.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere identifisere smerte som mulig årsak til uro hos pasienter med Alzheimer på sykehjem?

1.2.2 Case

Vi tar for oss en 80 år gammel dame som er fysisk frisk, men med langtkommet demens av type Alzheimer. Hun har ingen andre kjente diagnoser og har i følge pårørende stor sett vært frisk gjennom hele livet. Hun har inntil hun kom til avdelingen bodd hjemme med ektefellen og mottatt tjenester fra hjemmesykepleien. Den siste tiden hun bodde hjemme var hun under medisinsk utredning og fikk diagnosen Alzheimer. Det har vært utprøvd flere typer midler mot demens. Etter at hun har bodd 6 måneder på en langtidsavdeling ved sykehjemmet, som ikke er spesielt tilrettelagt for personer med demens, er hun til tider urolig og vandrer i korridoren på avdelingen. I det siste har vandringen vært tiltagende. Denne tiltagende uroen og vandringen er med på å skape uro også blant de andre pasientene på avdelingen.

Av pårønderressurser har hun en ektefelle og to døtre. Ektefellen bor i en omsorgsleilighet i nærområdet til sykehjemmet. Muligheten for at de kan treffes hver dag er tilstede. Den ene av døtrene bor i nærheten av sykehjemmet.

Til tider kan det være utfordringer i kommunikasjonsprosessen mellom pasienten og de ansatte på avdelingen på grunn av hennes kognitive svikt. Dette gir seg utslag i dårlig språkforståelse. I utfordrende situasjoner kan det være vanskelig å tolke hva som plager henne. I det siste har det oppstått situasjoner hvor helsepersonell har stilt spørsmål ved om uroen og vandringen kan være et mulig uttrykk for smerter.

For å anonymisere velger vi heretter i oppgaven å kalle denne pasienten for Fru N.N.

1.2.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Vi er klar over at det finnes en standardisert definisjon på sykehjem, men i oppgaven velger vi ikke å utdype dette noe mer, men gi en beskrivelse av et sykehjem slik vi opplever det i vår hverdag. Derfor har vi valgt å definere sykehjemsavdelingen som en ikke-tilrettelagt avdeling for personer med demens. Dette fordi det fysiske miljøet gir begrensninger i form av tilretteleggelse av miljøet rundt den urolige pasienten. Med dette mener vi en sykehjemsavdeling med en lang korridor med mange dører på hver side som går inn til hvert pasientrom. Det er en dør i hver ende av korridoren, som gjør at pasientene ikke kan gå rundt, men kun frem og tilbake. I hverdagen ser vi at dette fører til uro når pasienten, uansett hvor hun går, møter lukkede dører. Vi kommer ikke til å ha fokus på midler mot demens eller analgetikum, men kartlegging av smerte. Fokus for oppgaven er om smerte er årsak til uro. Vi er klar over at pårørende som kjenner pasienten best alltid vil være en ressurs, men i oppgaven har vi pasienten som fokus og vi velger derfor ikke å si noe mer om pårørende som ressurs.

I problemstillingen har vi valgt å bruke ordet «kan», hvor det peker tilbake på den grunnleggende kunnskapen enhver sykepleier har ervervet seg gjennom utdanningen.

Vi tar utgangspunkt i vår opplevde hverdag og ut ifra det laget en case. Vi har valgt å avgrense til demens av Alzheimers sykdom. Vi ser i forskning at personer med Alzheimer har høyere smertescore. I tillegg har denne pasientgruppen flere smertediagnoser, men får mindre smertestillende medikamenter enn pasienter uten kognitiv svikt (Husebø et.al 2008).

I Norge finnes det tre typer smertekartleggingsverktøy (Knudsen & Larsen, 2010). I oppgaven har vi valgt å ta for oss Mobid-2 scale, fordi den er laget med det mål å møte pasienten i sykehjem. I tillegg er vi inspirert av Bettina Husebø, hennes doktorgrad og hennes erfaringer. Dette er per i dag ikke anvendt på våre arbeidsplasser, men vi ønsker gjennom oppgaven å se om dette verktøyet, er noe som kan innføres der.

Studiet er en tverrfaglig videreutdanning, men siden vi begge er sykepleiere velger vi å ha et sykepleiefaglig utgangspunkt for å belyse problemstillingen. Selvsagt vet vi at vi er helt avhengige av andre yrkesgrupper innen helsevesenet, men i denne sammenheng velger vi å bruke begrepet sykepleiere.

1.3 Oppbygging av oppgaven.

Vi deler opp oppgaven vår i hovedkapitler og underkapitler. Kapittel 1 inneholder innledning med begrunnelse for valg av tema, problemstilling, case, avgrensning, begrepsavklaring og oppbygging av oppgaven. Kapittel 2 er metodedel og kildekritikk. Kapittel 3 er den teoretiske referanserammen inndelt i underkapitlene demens ved Alzheimer sykdom, kommunikasjon med personer med Alzheimer, personsentrert omsorg, etiske aspekter, generelt om smerter og kartlegging av smerte. Kapittel 4 inneholder drøfting hvor problemstillingen er operasjonalisert i to underkapitler. Kapittel 5 oppsummerer med en konklusjon.

2. METODE

Mange har meninger om hva metode er, men vi velger å sitere Vilhelm Aubert. Han formulerer det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme med ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland 2007 s.81).

Metode kan være et redskap for å samle inn de opplysningene vi ønsker, og vi må foreta valg om hvilken metode vi ønsker å bruke. Det som avgjør valget er hva som ses på som den ideelle fremgangsmåten, og det som faktisk er praktisk gjennomførbart. Det som er viktig ved valg av metode er at den skal hjelpe oss å gi gode svar på problemstillingen, samt gjøre vår oppgave faglig interessant (Dalland, 2007).

2.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er en litteraturstudie i henhold til retningslinjer for fordypningsoppgave. Det vil si at vi baserer oppgaven på eksisterende faktakunnskaper. Dette innebærer at vi studerer bøker, artikler, rapporter og lignende og legger dette til grunn for vår løsning av problemstillingen.

Litteraturstudie har både svakheter og fordeler. Svakheter er at litteraturen ofte er fortolket og generalisert, i noen tilfeller opp til flere ganger. Fordelen med denne typen studie er at litteraturen er tilgjengelig hele tiden, og denne typen studie er også tidsbesparende (Dalland, 2007). Andre svakheter er at et litteraturstudie ikke er utprøvd i praksis. Derfor har vi brukt en case fra vår arbeidshverdag som erstatning for empiri.

2.2 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur har vi gjennomgått pensumlitteratur, samt søkt i BIBSYS for å finne selvvalgt litteratur. Her har vi søkt på «personer med demens og smerter» og «kommunikasjon med personer med demens». Det kom opp flere bøker. Vi leste på baksiden og forordet og plukket ut det som vi mente var relevant for oppgaven.

For å finne forskningsartikler søkte vi i EBSCOhost og valgte Cinahl full text. Vi brukte disse søkeord; dementia and pain. Først fikk vi 616 treff, men etter å ha begrenset det til slutt fra 2011 til i dag, fikk vi 65 treff. Vi valgte ut en engelsk artikkel som heter; « Pain treatment in elderly persons with dementia and without dementia», skrevet av Ylva Haasum, Johan Fastbom, Laura Fratiglioni, Ingemar Kåreholt og Kristina Johnell (2011). Vi søkte også i SveMed+ med samme søkeord. Vi fikk da 9 treff, og endte opp med å bruke artikkelen: «Smerter hos eldre pasienter med demens», skrevet av forfatterne Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø. Denne artikkelen ble publisert i Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, 2010; 12:, 3-14.

Siden vi er sykepleiere, valgte vi også å søke etter forskning på sykepleieforskning sine hjemmesider. Vi søkte etter forskning innen smertekartlegging, fikk da opp to relevante artikler for vår oppgave i Tidsskriftet sykepleien. Denne ene heter; «Får bedre smertebehandling», skrevet av Joanna Galek og Marianne Gjertsen (2011). Den andre vi fant heter; «Måler smerte hos personer med demens», skrevet av Reidun Karin Sandvik og Bettina Husebø (2011). Begge disse artiklene er relevante for vårt arbeid fordi de omhandler kartleggingsverktøy til bruk ved vurdering av smerter hos personer med demens.

Vi gikk også inn på hjemmesiden til tidsskrift for Den Norske Legeforening, og søkte etter flere artikler innenfor smerter og demens. Først så vi på 2011, uten resultat. Valgte da å gå tilbake til 2009, hvor vi fikk opp 5 treff. Valget falt på en artikkel skrevet av Bettina Husebø som er et sammendrag tatt ut i fra hennes doktorgradsavhandling og presenterer en type smerteskala som heter Mobid-2, som er til bruk i enkelte sykehjem i Norge i dag.

Vi søkte også i Google, hvor vi brukte søkeordene personer med demens og smerter. Da kom det opp ulike linker. Vi gikk inn på en link, hvor vi kom videre inn på Norsk tidsskrift for Helseforskning. Der fant vi en artikkel som heter; «Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang», skrevet av Liv-Berit Knudsen og Toril Agnete Larsen (2010). Den stod i Norsk tidsskrift for Helseforskning nr. 2 2010, 6.årgang. Videre prøvde vi å søke med ordene personer med kognitiv svikt og smerter. Da kom det opp en artikkel som heter: «Smertevurdering ved kognitiv svikt», som er skrevet av Reidun Karin Sandvik og er publisert i tidsskriftet Sykepleien nr. 3 2011.

Tabellene under viser antall treff:

Søkeord brukt i Cinahl Full text	Antall treff
Dementia and pain	616
Dementia and pain fra 2006-2012	380
Dementia and pain fra 2009-2012	205
Dementia and pain fra 2011-2012	65

Søkeord brukt I SveMed+	Antall treff
Dementia and pain	9

På hjemmesiden til Tidsskrift for Norsk legeforening brukte vi søkeordene eldre og smertebehandling. Der fant vi en kronikk som er skrevet av Ulf Kongsgaard, Torgeir Bruun Wyller og Harald Breivik (2008). Denne er noe vi fant meget interessant og relevant. Den tar for seg, at eldre trenger bedre smertebehandling.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere om de kildene man ønsker å bruke i oppgaven er sanne. Dette skal vise om man er i stand til å forholde seg kritisk til aktuell litteratur (Dalland, 2007).

Det finnes en del litteratur om personer med demens og smerter, men det som er viktig er om det er troverdig og relevant for vår oppgave. Pensumlitteraturen er skrevet av anerkjente forfattere og er anbefalt som litteratur i videreutdanning for eldreomsorg med vekt på psykisk helse ved Høgskolen i Hedmark. Derfor vurderer vi denne litteraturen som relevant.

Den selvvalgte litteraturen har vi valgt ved å sjekke ut om hver forfatter, hva han/hun skriver om og hvor mange bøker. Slik har vi funnet ut om det er relevant litteratur for oss, og om det er troverdig og holdbart. Dette har vi kun gjort på BIBSYS, så vi får kun svar på hvor mange bøker skolens bibliotek har, men vi mener dette gir et bilde på hvor mye hver enkelt forfatter har skrevet. De har skrevet alt fra 1 bok til 38 bøker. Dette gir derfor et bilde på at disse forfatterne er anerkjente og bidrar innenfor sine fagfelt.

Selvvalgte litteratur er av relativt nyere dato, kun et fåtall av bøkene er eldre enn ti år. I tillegg samsvarer innholdet i de ulike kildene til hverandre.

Vi har valgt å bruke 7 artikler fordi det gir et sammenligningsgrunnlag og vi anser disse som gode, samtidig som vi mener at de bøkene vi har valgt er gode og av nyere dato. De er gode fordi forfatterne blir henvist til i referanselister i andre bøker og artikler. Bøkene bygger også noe på forskning og undersøkelser forfatterne selv har gjort. Vi fant en internasjonal artikkel på engelsk, men denne var ikke relevant for problemstillingen vår da fokuset i artikkelen var medikamenter og vi da ikke skal ha fokus på dette. Vi vil i det neste kapitlet legge frem det vi har funnet av relevant litteratur.

3. TEORETISK REFERRANSERAMME

Dette kapitlet inneholder teori som belyser temaet og problemstillingen vår. I følge st.meld nr 25 vil antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år stige de neste ti årene. Antall personer med demens i Norge vil kunne dobles til om lag 130.000 innen en periode på 30-40 år. «Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene stiller helsepersonell og tjenesteapparatet overfor store utfordringer, både med å planlegge og å tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2006, S.45). Kognitiv svikt gir utfordringer i forhold til kommunikasjon. Som sykepleiere jobber vi etter yrkesetiske retningslinjer. Disse må ligge til grunn for alt arbeid i møte med pasientene. Etter det vi har lest ser vi at smerter hos eldre ofte er underkommunisert (Wyller, 2011). Forskning viser at kroniske smerter er vanlige hos både hjemmeboende eldre og sykehjemspasienter (Kongsgaard et al. 2008). Vi velger å bruke teoretiker Tom Kitwood. Hans teori går ut på å sette personer med demens i sentrum ved å se personen og ikke diagnosen pasienten har. Dette kaller han personsentrert omsorg. Tenkningen tar for seg pasienter med demens spesielt. Vi vil derfor gi en kort innføring i demens ved Alzheimer sykdom.

3.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Alzheimer sykdom er den vanligste typen for demens, rundt 60 % av alle med demens har denne typen (Engedal, 2009). Vi har derfor valgt å kun gi en innføring i Alzheimer, selv om vi er klar over at det finnes flere typer av demens. Vi støtter oss på Knut Engedal (2009), fordi han er en anerkjent forsker i det geriatriske miljøet både nasjonalt og internasjonalt.

Det finnes flere definisjoner av aldersdemens, men vi velger å støtte oss på Engedal (2009) sin definisjon:

«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke

kureres og forverrer seg ofte over tid» (Engedal, 2009 s.20). For å få en forståelse av hva Alzheimer er, blir det viktig å kunne noe om symptomer.

3.1.1 Symptomer ved Alzheimer

Alzheimer deles inn i tidlig, sen og slutfase. Siden pasienten vår er i sen fase, er det dette vi velger å ha fokus på. I sen fase fører den økende mentale svikten til forverring av fungering i dagliglivet. Denne fasen av sykdommen gjør at personen som er rammet trenger kontinuerlig oppfølging hele døgnet. (Engedal, 2009).

Det er flere typer symptomer: hukommelse, språkfunksjon, fungering i dagliglivet, forståelse av og handling i rom og emosjonelle forandringer. Disse symptomene henger ofte sammen og opptrer ofte hos pasienter med Alzheimer (ibid). Vi velger i oppgaven kun å utdype språkfunksjon, fordi det er dette som gir størst utfordring for å gi god smertelindring. Fru N.N har nedsatt språkfunksjon og det er dette som gir problemer i samhandling mellom sykepleiere og henne. For å tydeliggjøre dette velger vi å beskrive symptomet språkfunksjon.

I følge Engedal (2009) er et av de første symptomene ved demens av Alzheimerssykdom språkproblemer. Det starter med anomisk afasi, som er problemer med benevning av ord. Pasienten får problemer og må lete etter de riktige ordene. Problemene merkes mest når det gjelder ord som ikke er så vanlige å bruke. Pasienten som er rammet av Alzheimer klarer ikke å finne det riktige ordet, men prøver å beskrive hva for eksempel en gjenstand kan brukes til. Denne svikten i benevning av ord, kan ha en forbindelse med hukommelsessvikt ved at man glemmer ordene. Man har heller ikke noe godt svar på om det finnes noen sammenheng mellom språk- og hukommelsessvikt. Når det gjelder språkforståelsen er den vanligvis intakt, men hvis pasienten blir bedt om å gjøre flere ting på en gang eller etter hverandre, vil det by på problemer. Man har ikke noe svar på om dette er handler om svikt i forhold til språkforståelse eller at det er på grunn av oppmerksomhetsvansker eller dårlig korttidshukommelse (Engedal, 2009).

Vi vil nå ta for oss kommunikasjon i forhold til personer med demens i påfølgende kapittel.

3.2 Kommunikasjon med personer med Alzheimer

I dette kapittelet vil vi beskrive hvordan en best kan kommunisere med personer med Alzheimer. Vi forutsetter at generell kommunikasjon er kjent, og legger derfor vekt på de spesielle utfordringene det er å kommunisere med personer med Alzheimer og deres smerteuttrykk. Vi støtter oss på boka til Sejerøe-Szatkowski (2008) fordi den gir et grundig innblikk i kommunikasjon med personer med Alzheimer.

Kommunikasjon handler om mer enn språk. Dette synes vi er spesielt viktig i forhold til målgruppen personer med Alzheimer. Kommunikasjon er også kroppsspråk, mimikk og stemmeføring. Ved å lese kroppsspråket til et annet menneske kan vi få informasjon om sinnstilstand. Av kroppens posisjon og bevegelser, musklens spenningsgrad, åndedrettets rytme og lokalisasjon, hudens farge og glød, trekninger i huden, skuldrenes stilling, kroppsvektens plassering, symmetri og balanse i kroppen får vi informasjon om det andre mennesket og dets sinnstilstand (ibid).

I kommunikasjon er bruk av sansene også viktig. Vi bruker synssansen for å oppfatte mimikk, kroppsspråk og hørselssansen for å oppfatte stemmeføring. Luktesansen kan også ha betydning for kommunikasjonen. Alle sansene tas i bruk ved kommunikasjon (ibid). Vi vil nå ha fokus på hvordan den demensrammede kan kommunisere.

3.2.1 Den demensrammedes kommunikasjon

Etter inspirasjon av boka: «Demens-kommunikasjon og samarbeid» (Sejerøe-Szatkowski, 2008) har vi lånt denne overskriften fordi den setter fokus på hvordan den demensrammede kommuniserer. Forfatteren har skrevet detaljert om de ulike kommunikasjonsformene som personer med demens ofte har. Siden Fru N.N har Alzheimer og problemer med å uttrykke seg språklig, velger vi å gå nærmere inn på hvordan personer med Alzheimer kommuniserer.

Personer med Alzheimer har en gradvis utvikling av sykdommen sin og det starter som oftest nesten umerkelig. Kommunikasjonsevnen rammes på samme måte. Bruk av språket vil gradvis endre seg, det samme vil stemmeføringen. Kroppsspråket og mimikken vil få en større og større betydning som uttrykksmiddel. Samtidig med denne endringen vil personer med Alzheimer få en endret oppfattelse av vår kommunikasjon. Personer med Alzheimer sin måte

å kommunisere på dreier seg mer og mer mot kroppsspråk. Skal vi som hjelpere kommunisere godt med personer med Alzheimer er det viktig at vi er bevisst dette og utvikler evnen til egen bruk av kroppsspråk og mimikk. I tillegg er det viktig å vise sine empatiske evner (Sejerøe-Szatkowski, 2008).

Mange personer med Alzheimer kan bruke kroppen til det de vil fordi de er i god fysisk form. Den demensrammedes handlinger vil være styrt av hva som foregår i hjernen hos vedkommende. Dette kan hjelpe oss å finne ut hvor vedkommende står følelsesmessig. Når vi som hjelpere leser den demensrammedes mimikk, stemmeføring og kroppsspråk blir det viktig å kunne bruke både fantasi og empati i tillegg til å ha kunnskap om livshistorie og kultur for å kunne og få en best mulig forståelse (ibid).

Som kommunikasjonspartner må vi se på kroppsspråk og hvordan kroppens posisjon er. Vi kan da se om personen ser stresset ut, med høye skuldre og behov for å beskytte seg selv eller om hun har en avslappet holdning med rolige bevegelser og senkede skuldre. I tillegg kan vi se etter hvordan pusten og hudfargen er. Vi kan se etter om den demensrammede ser ut til å holde på med noe som kan minne om vedkommendes tidligere arbeid eller andre handlinger hun har vært opptatt av. Personens pust kan gi oss mye informasjon. Den kan være overfladisk, opphisset, stresset eller avslappet (ibid).

Vi vil også kunne lese mye av den demensrammedes mimikk. Ved å se på hals og ansiktets muskler kan vi få et bilde av hvilken sinnstilstand personen er i. I øynene kan vi lese mye hos andre mennesker om vi er observante på det. Det sies jo at øynene er sjelens speil. Får vi øyekontakt med den demensrammede eller er øynene flakkende og urolige? Som kommunikasjonspartner med personer med Alzheimer er det ekstra viktig å kunne skille mellom sinne, angst, glede, smerte, rastløshet og sorg slik at responsen vi gir er i samsvar med det som den demensrammede prøver å formidle (ibid). Siden det er uttrykk for smerte vi skal observere, velger vi å utdype mer om dette.

I en sen fase av demens er det ekstra viktig å observere atferd som kan gi indikasjoner på smerte. Dette fordi pasienten ikke selv klarer å gi uttrykk for at hun har smerter. Eksempler på hva man kan se etter er:

- *Ansiktsuttrykk: pannerynking, trist eller skremt, rask blinking*

- *Verbale utrykk: støyende pusting, messing og synging, utrop, banning, bruk av «grove» ord*
- *Bevegelse: uro, vimsing, agitasjon, økt vandring, vugging, endret ganglag eller holdning*
- *Endring i kontakt med personalet: motsetter seg pleie, blir utagerende, trekker seg tilbake*
- *Endring i aktivitetsmønster: nekter å spise, hviler lengre enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner eller aktivitet*
- *Endring i mental status: økt forvirring, irritabilitet, gråt*
(Rokstad & Smebye (red). s. 193, 2008)

Stemmegjøringen til personer med Alzheimer bør også legges merke til da dette og kan fortelle om sinnsstemninger som sinne, imøtekommenhet, sorg og glede (ibid).

Ved Alzheimer forekommer det alltid språkforstyrrelser, men det kan opptre svært forskjellig og ha ulike årsaker. Det å være oppmerksom på hvordan den enkelte demensrammede bruker språket sitt og forstår den andre er viktig når en skal kommunisere. Det kan være en fordel å prøve og lære den enkelte demensrammedes individuelle språk og særegenheter for så å kommunisere på det plan den syke er (ibid).

Ved kommunikasjon brukes sansene og personer med Alzheimer kan lett bli distraheret. Det er derfor viktig å være bevisst på at nonverbal kommunikasjon stemmer overens med det verbale en prøver å formidle (Sejerøe-Szatkowski, 2008). Fra nå å ha beskrevet kommunikasjon vil vi beskrive noe av teoretiker Tom Kitwood sin tenkning.

3.3 Personsentrert omsorg.

Tom Kitwood (1997) er kjent for sitt arbeid mot en ny kultur i demensomsorgen. Han setter personen med demens i sentrum og ser at det er et kompleks bilde bestående av den demensrammedes personlighet, livshistorie og det nevrologiske forfall.

I sin bok «En revurdering av demens» utgitt i 1997 har Kitwood introdusert en ny metode som heter Dementia Care Mapping, for å evaluere demensomsorgens kvalitet i formelle

sammenhenger. Dette er en metode som er basert på et seriøst forsøk på å sette seg inn i den demensrammedes sted, med empati og observasjonsteknikker. Det er et forsøk på å flytte fokus fra tidligere oppfattelse: person-med-DEMENS til nå å tenke PERSON- med-demens. I møte med personer med demens er det viktig at det er et «jeg-du møte», som vil si at man må unngå en ovenfra- og nedholdning. Det er viktig at en «forvalter» den demensrammedes adferd og ikke bare prøver å forandre personen (Kitwood 1997). Vi skal ikke ha DCM som fokus, men nevner det bare fordi vi syns det henger sammen med viktigheten av å se personen i et hvert «jeg-du møte».

Personer med Alzheimers sykdom har som friske personer behov for: kjærlighet, trøst, tilknytning, bekreftelse, ha sin identitet og å være inkludert. Dette er de viktigste psykologiske behov hos personer med demens (ibid).

Vi velger å nevne alle, men spesielt to av behovene vil få større fokus, fordi ikke alle er like relevante i forhold til utfordringene i møte med Fru N.N og hennes smerteuttrykk. Vi vil ha fokus på behovene trøst og identitet.

Trøst er et ord som rommer betydningen av nærvær, ømhet, lindring av smerte og sorg, skape en trygghetsfølelse ved å berolige. Dette er noe som kan skapes når en kommer tett på et annet menneske. Det viktig at demensrammede opplever dette, fordi de skal forholde seg til sine følelser av tap (ibid).

Identitet: Å ha en identitet er å vite hvem man er kognitivt og intellektuelt og å oppleve en kontinuitet med fortiden. Før i tiden ble pasienter med Alzheimer på mange måter fratatt sin identitet fordi det ikke ble lagt vekt på å kjenne pasientens historie. Nå læres det om viktigheten av å opprettholde hver enkelt sin identitet ved å kjenne til deres livshistorie (ibid).

Det neste vi ønsker å ta for oss er elementer som er viktig i møte med personer med Alzheimer. Et «jeg-du møte» bør inneholde elementer som anerkjennelse, forhandling, samarbeid, lek, timalering, sosialt fellesskap og avslapping. Vi velger i oppgaven å trekke ut samarbeid og anerkjennelse som to viktige elementer i forhold til problemstillingen.

Det er et viktig aspekt å anerkjenne en demensrammet som en person og gi det bekreftelse som et enestående menneske. En sykepleieroppgave kan være å skape et godt samarbeid med

Alzheimerpasienter. Kitwood (1997) hevder at all samhandling blir bedre med et godt samarbeid. Å gjøre noe sammen skaper en felles opplevelse. Som omsorgsgiver i arbeid med personer med Alzheimer er det viktig å gi «fri oppmerksomhet». Dette vil si at man er fullt og helt tilstede for den andre (Ibid). Det neste vi velger å ta for oss er grunnleggende etiske aspekter.

3.4 Etiske aspekter

Det er i stor grad viktig å være bevisst på etikk i et hvert møte med pasienter med Alzheimer, fordi de er spesielt sårbare på grunn av sin sykdom.

Det å jobbe med mennesker, særlig de sårbare krever kunnskap om etikk. «Etikk handler om å være involvert og om å klare å se hva som står på spill i de situasjonene vi befinner oss i. Å være involvert innebærer at vi befinner oss i nærhet til menneskene vi arbeider med» (Henriksen & Vetlesen, 2006 s. 14-15).

Som sykepleiere arbeider vi alle etter «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». I sykepleiens grunnlag heter det: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» Videre står det: «Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter og være kunnskapsbasert» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011)

Dette er viktige verdier å jobbe ut fra og som alltid bør ligge til grunn. Verdier er det som gjør oss til de vi er. «Verdier er grunnleggende i livet og tjener til å gi det retning.» (Hummelvoll, 2004, s. 85)

Det er en del etiske prinsipper og vi vil se litt nærmere på prinsippet om autonomi, velgjørenhet og rettferdighet. Autonomi vil si at ethvert menneske har en iboende verdi, det er dermed ukrenkelig. Alle mennesker har rett til å bestemme over seg selv, sitt liv og sin skjebne. Det fremstår som selv-lovgivende (Vetlesen & Henriksen, 2006). Prinsippet om velgjørenhet har sin bakgrunn i den Hippokratiske lege-ed. Enhver må gjøre det han kan for å redde liv og lindre smerte fordi det er godt for den andre. Rettferdighetsprinsippet sier at alle mennesker har likhet i verd og dermed krav på likebehandling. Det grunnleggende er ærefrykt for livet (ibid).

I all profesjonell omsorg og menneskebehandling kan god faglig innsikt vanskelig realiseres på en etisk måte om det ikke skapes en god kommunikasjon i en atmosfære av tillit, åpenhet og respekt (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Dette er viktig i forhold til møte med Fru N.N og vurdering av hennes smerter. Derfor velger vi nå å beskrive smerter generelt.

3.5 Generelt om smerter

Den internasjonale foreningen for smerteforskning har definert smerte som:

«en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Kirkevold et.al, 2010, s. 333).

«smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.» (Kirkevold et.al, 2010, s. 333).

I følge Kirkevold (2010) er det kun pasienten selv som kan definere smerte og som kan gi en beskrivelse av sin smerteopplevelse så nøyaktig som mulig (ibid). Det som kjennetegner smerten er følelsen av å ha det vondt for eksempel en stikkende, borende, pressende, verkende, dump eller klemmende følelse. Smerten kan være konstant og pressende eller den kan være periodisk og varierende. Når man har det vondt, er dette den beste og mest presise beskrivelsen av de ulike variasjonene av smerte. Hvis det som er vondt vedvarer over tid, vil det ofte betegnes som en lidelse. Det snakkes om lidelse i henhold til graden av smerte og smertens intensitet og varighet over tid (Nortvedt, 2003).

Nordtvedt (2003) sier det er viktig med forståelse om at man ved smertebehandling behandler hvert enkelt menneske. Det vil si at man ikke kan snakke om en fullverdig smertebehandling foruten å snakke om forståelsen av at møte med pasienten, som har smerter alltid er et møte med et menneske som har det vondt og lider. Som sykepleier må man alltid ha pasienten i sentrum. I smertebehandling er dette viktig fordi pasienten er i en situasjon hvor hun trenger å bli hørt og tatt på alvor, slik at hun kan få en effektiv og god smertebehandling.

Utgangspunktet for all kompetent smertelindring og klinisk varsomhet i omsorgen man gir til den som er rammet av smerter, er at man har forståelse av det smertelige ved den som er syk og dens smerter (ibid).

Smerte er et fenomen som integreres inn i pasientens liv, fordi hun som person opplever denne smerten. Det er pasientens egen og subjektive formidling både verbalt og nonverbalt av hvordan smerten oppleves som blir utgangspunktet for den behandlingen som iverksettes for pasienten. Smertebehandlingen skal ha som utgangspunkt å beskytte pasienten sin integritet og bygge opp under pasientens verdighet (ibid). I neste avsnitt setter vi derfor fokuset på smerter hos eldre spesielt.

3.5.1 Smerter hos eldre

I samfunnet hevder mange at smerte følger med det å være gammel. Et utsagn fra mange eldre er ofte «jeg som er så gammel, må tåle litt smerte». Å bli gammel medfører ikke smerter, derfor er det like viktig å diagnostisere og behandle smerte hos eldre som hos yngre mennesker (McCaffery & Beebe, 1994).

Eldre mennesker er svært ofte plaget av kroniske smerter. Dette skyldes ofte patologiske tilstander i bevegelsesapparatet og kan være osteoporose, artrose, revmatiske sykdommer, degenerative forandringer i columna eller sekvele etter brudd. Pasienter med kognitiv svikt er utsatt for fall, som ofte gir for eksempel lårhalsbrudd. Da vil smerten oppstå som akutt, og i mange tilfeller kan dette gå over i kroniske smerter. Det vil derfor være viktig å oppdage og behandle dette tidlig (Wyller, 2011).

Når man blir eldre øker risikoen for å få smertefulle kroniske sykdommer og smerte er da et symptom som vil forekomme hyppigere. I den eldre befolkningen er det vanlig med beinbrudd etter fall, som igjen kan føre til både akutt og langvarig smerte (Kirkevold et.al 2010). Det er gjort undersøkelser som viser at mange eldre ikke får tilfredsstillende smertebehandling. De som er i faresonen for dette er gjerne de med kognitiv svikt og personer som ikke klarer å få formidlet at man har smerter. Behandlingen av smerter hos eldre kan foregå ved ikke-medikamentell og medikamentell behandling (ibid).

I følge Nortvedt (2003) er forekomsten av smerter hos eldre opptil dobbelt så høy som hos yngre. Smerter hos eldre på sykehjem i Norge er svært vanlig (Kirkevold, 2010). Hos eldre personer er reservekapasiteten redusert og de er derfor sårbare i forhold til smerter. Når eldre som har smerter ikke blir sett eller behandlet effektivt, kan dette ha alvorlige konsekvenser helsemessig og det kan medføre dårligere livskvalitet (ibid).

Det vises i flere studier at eldre med smerter får en dårligere smertebehandling enn yngre personer med samme eller tilsvarende sykdom og smerteintensitet, selv om det er høyere forekomst av smerte hos eldre enn hos yngre. Mangelfull kunnskap og manglende ferdigheter hos sykepleiere kan gjøre at den eldre pasienten ikke får den effektive vurderingen og behandlingen av smerte som hun trenger. Dette er den største og mest bekymringsfulle grunnen til at de eldre får for dårlig smertebehandling. Selv om pasienten gir uttrykk for sine smerter, kan det være at det ikke blir satt i gang adekvate tiltak for å lindre smerten, fordi sykepleieren ikke klarer å fange opp smerteuttrykkene (ibid).

For å skille mellom akutte og kroniske smerter vil vi nå beskrive disse.

3.5.2 Akutt og kronisk smerte

I følge Kirkevold (2010) blir akutt smerte definert som varsler om fare for personen. Langvarig smerte har ikke den samme funksjonen. Kronisk eller langvarig smerte vet man ennå lite om, og dessverre er det mange som lider unødvendig uten å få den hjelpen de trenger for å få bukt med smertene. Når en person blir rammet av akutt smerte, vil han ofte oppsøke lege med en gang for å få behandling for det. Man vet at akutt smerte i de fleste tilfeller har en identifiserbar årsak, og at den som regel vil forsvinne når det som forårsaket smerten er borte. Når en person blir rammet av kronisk smerte oppstår dette ofte på grunn av bakenforliggende komplekse sammenhenger som et resultat av tidligere skade eller sykdom. Det kan også dukke opp kroniske smerter uten at det er en synlig eller bevist årsak. Det ses ofte hos pasienter, at det er et sammensatt bilde, som inneholder både fysiske, mentale og følelsesmessige sider. Kronisk smerte kan være smertetilstander som i høy grad eller ofte kan være en trussel for pasienten sin livskvalitet og mulighet for å kunne leve et fullverdig og godt liv. Dette er smerter som kommer av for eksempel kreft, kroniske muskel/skjelettsmerter, kroniske hodesmerter og nevralgier, noen ganger kan det også forekomme som fantomsmerter (Nortvedt, 2003).

3.5.3 Smerter hos personer med demens og hensyn man må ta

«Pasienter med alvorlig kognitiv svikt står i fare for å få undervurdert og underbehandlet smerte, og krever særskilt evaluering» (Wyller, 2011 s.89)

Eldre mennesker med kognitiv svikt og kommunikasjonsproblemer gir utfordringer i vurdering av smerte. Sykepleiere oppfatter ikke alltid at denne pasientgruppen har smerter og kan derfor få inadekvat smertelindring. Dette er godt dokumentert. Smerteatferd kan bli feiltolket som atferdsforstyrrelser hos pasienter som motsetter seg stell, er aggressiv eller motsetter seg hjelp. Det blir da viktig at sykepleiere har en best mulig strukturert vurdering for å kunne avdekke om atferden skyldes smerte (Wyller, 2011). Kartleggingsverktøy vil vi komme tilbake til.

«På grunn av sin kognitive svikt er en pasient med alvorlig demens ikke alltid i stand til å gjenkjenne kroppslige smerter og beskrive dem på en forståelig måte for andre» (Rokstad & Smebye (red.), 2008 s. 192).

For å gi best mulig smertelindring til denne pasientgruppen, er det viktig at personalet er gode på observasjon (ibid). Det vil derfor være viktig å sette i gang med kartlegging av smerter hos pasientene. Vi vil derfor ta for oss noen av momentene i kartlegging av smerte hos mennesker med Alzheimer og dens kompleksitet.

3.6 Kartlegging av smerte

Hos eldre pasienter med Alzheimer som har smerter er kartlegging og behandling en kompleks situasjon, fordi pasientene kan ha mange diagnoser og kommunikasjonen kan være svekket. Det er mange hensyn som må tas, både når det gjelder planlegging og gjennomføring av smertekartlegging og behandling. Målet er å lindre smerter og å bedre livskvaliteten og funksjonsnivået til hvert enkelt individ. Det er sykepleierens ansvar at det blir en målrettet vurdering og behandling av smerte som skal gis pasienten (Kirkevold, 2010).

Smertekartlegging av eldre omfatter både informasjon om smerten og årsak til smerten. Informasjon om smertens påvirkning på pasientens fysiske, kognitive og psykososiale funksjon er også viktig. Man bør alltid starte med å spørre pasienten om hun har smerter og

om hvordan dette oppleves. Hvis man stiller den eldre pasienten strukturerte og enkle spørsmål om smerte, kan de fleste klare å formidle om de har vondt, selv om de har moderat kognitiv svikt. Personer med hukommelsessvikt kan klare å svare på spørsmål som blir stilt i nåtid og ikke i fortid. Det er derfor viktig å gi dem tid til å bearbeide spørsmålet og å tenke før de svarer. Tidligere erfaringer med smerter må også tas med i betraktning, fordi det blir viktig å kartlegge om eventuelt smertestillende medikamenter og annen smertelindring har hatt noen effekt tidligere. En kartlegging av smerte hos eldre omfatter også en fysisk undersøkelse av pasienten, kanskje en legeundersøkelse. Det er viktig å gjennomføre denne undersøkelsen når pasienten viser tegn til smerter. Smertens lokalisasjon, kvalitet, varighet og intensitet er informasjon som kommer frem når det blir gjennomført en bred kartlegging av pasienten som har smerter (ibid).

For at man skal kunne kartlegge smerter, må man velge kartleggingsverktøy ut fra hvert enkelt individs kognitive og funksjonelle evner. Det er viktig at det valgte kartleggingsskjema blir brukt konsekvent, fordi kartlegging av smerte bør være kvalitetssikret. Det kan også brukes for å evaluere effekten av smertestillende medikamenter. For å registrere smerteintensitet finnes det ulike skjema, disse er med på å gjøre registreringen gyldig og pålitelig. Det finnes en numerisk skala, verbal skala, ansiktsskala og en visuell analogisk skala (VAS). Et viktig element i vurderingen av smerte hos eldre er den kognitive statusen, fordi smerten i seg selv og smertebehandlingen i form av medikamenter, kan være med på å gi endringer i pasientens kognitive status. Disse endringene kan man kartlegge ved første møte med pasienten og deretter regelmessig. Det er i tillegg viktig å kartlegge pasienten sin psykiske status, i forhold til at angst og depresjon kan forekomme i forkant av den forventede smerten og kan være en konsekvens av opplevelsen av smerte (ibid).

3.6.1 Kartleggingsverktøyet Mobid-2scale

Mobid-2 scale ble laget av et team som hadde erfaring fra omsorg og behandling av personer med demens og smertebehandling. De hadde i tillegg kunnskap om bruk av spørreskjemaer. De ble i utgangspunktet utviklet på norsk, men på grunn av internasjonal publisering av resultatene ble det oversatt til engelsk. Mobid er forkortelse for:

- M: Mobilization, O: Observation, B: Behavior, I: Intensity og D: Dementia

Mobid-2 scale er delt inn i 2 deler:

Del 1 er et kartleggingsverktøy som registrerer smerteatferd og smerteintensitet ved bruk av fem vanlige mobiliseringer av pasienten. Disse sjekkes ved at pasienten blir ledet eller bedt om å åpne hender, strekke armene opp mot hodet, bøye og strekke ankler, knær og hofter, snu seg i sengen og sette seg opp på sengekanten. Dette er en type avkrysningskjema hvor sykepleiere som bruker verktøyet vurderer fortløpende hvordan pasienten responderer og det blir krysset av for smerterelatert atferd. Ulike typer av smerterelatert atferd kan være lyder ved utrop som for eksempel «au», stønning, ynking, ansiktsuttrykk som for eksempel grimaser, rynking av pannen og avvergingsreaksjon som at pasienten stivner, holder pusten eller skyver fra seg for eksempel pleieren. Man avslutter mobiliseringen med en gang pasienten har atferd som kan være tegn på smerter. Den som utførte kartleggingen tolker deretter atferden ut i fra en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen smerter og 10 viser at pasienten har verst tenkelige smerter.

Del 2 tar for seg smerteatferd man tror er relatert til hode, munn og hals, bryst, lunge og hjerte, øvre del av mage, bekken og nedre del av magen og hud, infeksjon eller sår. For å kunne kartlegge dette, ble det lagt til en kroppsskisse til avkrysningskjemaet. Sykepleieren blir da oppfordret til å vise på tegningen smerteatferden til pasienten i tillegg til å vise smertens intensitet på skalaen ved siden av.

4. HVORDAN KAN SYKEPLEIERE IDENTIFISERE SMERTE SOM MULIG ÅRSÅK TIL URO HOS PASIENTER MED ALZHEIMER PÅ SYKEHJEM?

Som sykepleiere står vi overfor utfordringer med kommunikasjon i forhold til pasienter med Alzheimer, som igjen gir problemer med å identifisere smerter og smerteuttrykk. I arbeidshverdagen vår ser vi urolige pasienter hvor spørsmål vi stiller oss er om dette er utløst av smerter. Det er derfor viktig at vi er profesjonelle i smertekartlegging. Vi må ha kunnskap om pasientgruppen, ulike kartleggingsverktøy og hvordan vi kan implementere dette inn i vår arbeidshverdag for å gi profesjonell smertebehandling.

Ut i fra det vi nå har sagt, vil vi diskutere vår beskrevne teori opp mot casen og vår arbeidshverdag. Vi velger å dele opp drøftingen i to. Den første delen har fokus på kommunikasjon i forhold til personer med demens, som er urolige, hvor vi støtter oss på Tom Kitwood. Den andre delen vil ha fokus på kartleggingsverktøyet vi har valgt.

For å belyse fokuset vårt og problemstilling, har vi valgt å operasjonalisere problemstillingen i to underproblemstillinger.

4.1 Hvordan kan sykepleiere anvende personsentrert omsorg og bruke kommunikasjon som verktøy for å identifisere smerter hos personer med Alzheimer?

Vellykket personsentrert omsorg finner sted når personen med demens har et opplegg som er tilrettelagt bare for vedkommende. Dette er da satt sammen av bakgrunnsopplysninger, kreativitet og med tette bånd mellom sykepleier og pasient. Det er gjort mange undersøkelser av enkelttilfeller som viser at god omsorgspraksis gir trivsel for den som er rammet av Alzheimer og trenger hjelp (Kitwood, 1997). De yrkesetiske retningslinjene vi som sykepleiere jobber etter henger sammen med Kitwood sin personsentrerte omsorg. Vi ser viktigheten av at etiske prinsipper ligger til grunn for all utøvelse av sykepleie.

I møte med Fru N.N bør Kitwood sin personsentrerte omsorg ligge til grunn. Arbeidsplassen bør ha en rutine på å innhente bakgrunnsopplysninger om hver pasient. For å få et best mulig helhetsinntrykk av pasienten bør dette inneholde informasjon om blant annet den

demensrammendes personlighet tidligere og nå. I tillegg er det en fordel å vite noe om pasientens tidligere liv med tanke på for eksempel arbeid, interesser og religion. For best mulig å kunne vurdere hennes smerteuttrykk, bør sykepleieren alltid ha Fru N.N i fokus. En utfordring med personsentrert omsorg ovenfor Fru N.N kan være at sykehjemsmodellen gir begrensninger i form av at så mange pasienter skal tas hånd om. Rettferdighetsprinsippet uttrykker at Fru N.N i likhet med andre har krav på likebehandling. Det vil si at hun har krav på tid, empati og forståelse. Sykepleierne må ha kunnskap om hennes særegenheter og behov. Selv om vi ønsker å gi den beste personsentrerte omsorgen, kan det være en utfordring med mangel på ressurser. Det kan være lav bemanning og et kompleks sykdomsbilde hos pasientene, som krever hyppig en til en kontakt. På grunn av blant annet tidspress, lite bemanning og situasjoner hvor pasientene trenger ekstra oppfølging kan sykepleieren få en følelse av ikke å strekke til. Det er på en annen side viktig ikke å kjøre seg fast i et gammelt mønster om at det alltid er så dårlig med tid. Arbeidsplassen bør jobbe med holdninger i forhold til å kunne endre rutiner som kanskje ikke egner seg lenger. Det er viktig å kunne være fleksibel og ingen dager er like selv om pasientenes rutiner bør følges. Vi må allikevel ha fokus på hver enkelt pasients behov. Når en arbeider med personer med Alzheimer bør en som sykepleier gi «fri oppmerksomhet». Med dette menes at en er fullt og helt til stede for den andre, uten å la seg distrahere av utenforliggende oppgaver eller forstyrrelser innefra. «Å være til stede» vil si å frigjøre seg fra at en til enhver tid skal handle, til det og kun være (Kitwood, 1997).

Personsentrert omsorg vil være naturlig i møte med Fru N.N når vi skal kartlegge om hennes uro er relatert til smerter. For at vi skal kunne gjøre dette, må vi som tidligere nevnt ha inngående kunnskap om den hun var og den hun er. Ut ifra både erfaring og det vi har tilegnet oss av ny kunnskap, ser vi at Alzheimerpasienter har best av å kunne forholde seg til færrest mulig pleiere. Vi ser også viktigheten av det å kjenne pasienten godt. Dette er i tråd med Kitwood (1997) sin tenkning i møte med PERSONEN-med-demens. Det vil alltid være viktig å se personen i ethvert «jeg-du møte», fordi vi må ha fokus på personen bak sykdommen og ikke selve sykdommen. Utfordringen kan være vanskeligheter med å endre fokus fra tidligere oppfattelse: personen-med-DEMENS.

I ethvert møte med Fru N.N blir det viktig å ivareta hennes identitet og behov for trøst, da dette er til hjelp for oss i vurdering av hennes smerteuttrykk. I følge Kitwood (1997) er trøst noe som rommer betydningen av lindring av smerte. Dette kan skapes når vi kommer tett på

Fru N.N. For å kunne ivareta hennes identitet, er det viktig å kjenne til hennes særegne historie. Det kan her for eksempel være hvordan hun tidligere har gitt uttrykk for smerter. Mangel på verbal kommunikasjon kan være en utfordring i forhold til dette. Hennes sinnstilstand og mimikk vil kunne gi oss informasjon om hvordan hun har det. Ansiktsuttrykk kan formidles gjennom blant annet ansiktsmusklenes spenningsgrad, hudfarge og glød, neseborenes stilling og bevegelser, øynenes stilling og åpenhet. Alt dette er viktig informasjon i møte med Fru N.N og sykepleierne må derfor ha denne kunnskapen (Sejerø-Szatkowski, 2008).

For at vi skal kunne ha et godt «jeg-du møte» med Fru N.N, må vi ha et godt samarbeid med henne og vise henne anerkjennelse. Vi mener at dette kan være med på å skape et tillitsforhold som igjen kan hjelpe oss å tolke hennes smerteuttrykk. Det er ikke gitt å ha et godt tillitsforhold, da tillit er noe som må bygges opp over tid. Det kan være en utfordring å skape et godt tillitsforhold til Alzheimerpasienter da hukommelsen er redusert. Dette kan gi vanskeligheter da pasienten kan ha problemer med å kjenne igjen de rundt seg. Derfor hviler det et større ansvar på sykepleieren i forhold til å bygge opp et godt tillitsforhold. Vi har allikevel erfaring med at et tillitsforhold kan opparbeides. Dette henger da sammen med om pasienten føler trygghet, våre holdninger og sykepleierens ivaretagelse av pasienten.

Alzheimerpasienter kan ha problemer med å forstå at de trenger hjelp og at vi vil hjelpe dem. Det kan være en utfordring hvis Fru N.N motsetter seg for eksempel stell eller annen hjelp. Sykepleieren må være seg bevisst sin væremåte, sine holdninger og vise at man vil Fru N.N vel. Det å anerkjenne Fru N.N som en person, og gi henne bekreftelse, som et enestående menneske, uavhengig av hennes demensdiagnose. Dette kan gjøres ved for eksempel det å hilse når en møtes, lytte hvis den andre har noe på hjertet eller bare det å gi øyekontakt i et kort møtet. Samarbeid vil alltid være viktig i møte med Fru N.N. Det å gjøre noe sammen er av betydning for henne. Et eksempel kan være i en stellsituasjon hvor det er viktig at Fru N.N som er syk får gjøre noe selv i hennes tempo og at det jobbes sammen mot et felles mål. Her blir det viktig å ivareta hennes autonomi slik at hun ikke opplever krenkelse. I en hver stellsituasjon må vi som sykepleiere tolke Fru N.N sin måte å kommunisere på.

En forutsetning for vellykket kommunikasjon er kunnskap om kommunikasjon generelt og videre det spesielle ved Fru N.N sin kommunikasjon. Hun har diagnosen Alzheimer som gir

utslag i dårlig språkforståelse. Det vil derfor være viktig at den non-verbale kommunikasjon blir vektlagt. Hennes uro og tiltagende vandring gjør at vi lurer på om dette kan være uttrykk for smerter. Vi må også her observere hennes mimikk, kroppsspråk, stemmeføring, kroppsholdning, bevegelser, hudfarge og respirasjon for å kunne få et bilde av hennes situasjon. Alt dette kan gi utslag i forhold til hennes sinnsstemning for eksempel ved at hun kan bli aggressiv eller fortvilet. Fru N.N bor på en avdeling som tidligere nevnt ikke er tilrettelagt for personer med Alzheimer. Dette kan være med på å forsterke og forverre hennes uro, fordi hun ikke kommer seg noe sted. Hun kan ha problemer med å be om hjelp da hun kanskje ikke forstår selv at hun har smerter. Det blir derfor sykepleieren sin oppgave å tolke hennes uro. I følge Kongsgaard et al. (2008) er helsepersonellts evne til å gjenkjenne smerte hos personer med demens ikke tilfredsstillende. Pasientene står derfor i fare for underbehandling. Det burde ikke være noe problem da sykepleiere må gjøre det en kan for å redde liv og lindre smerte. Dette kommer til uttrykk i velgjørenhetsprinsippet og har som sagt sin bakgrunn i den Hippokratiske lege-ed. Det er viktig med et godt samarbeid sykepleiere imellom for å kunne tolke Fru N.Ns uttrykk for smerte. Dette er med på å danne et bedre grunnlag for smertevurdering. Videre er det viktig at alle har god kunnskap om sykdommen Alzheimer, smerter, smertekartlegging, behandling og kommunikasjon til pasientgruppen. Undersøkelser viser at det kun er 18-32% sykepleiere som mener at de har god nok kunnskap om smerte (Galek & Gjertsen, 2011). Et paradoks er da at helsepersonell ofte stiller seg kritisk til eldre sin rapportering når det gjelder både smerteintensitet og hyppighet (Kongsgaard et al. 2008). Det må være som vi allerede har sagt, et godt samarbeid mellom kollegaer og det må være implementert i arbeidshverdagen. For å øke denne kunnskapen, må det være rom for dette samarbeidet. En utfordring kan være at man ikke tenker uro som uttrykk for smerte. En annen utfordring kan være at sykepleiere kan tolke pasienten forskjellig. Hvis ikke sykepleierne har gode kunnskaper om smerte, kan pasienten stå i fare for feilaktig å få beroligende medikamenter i stedet for smertelindring. Dette er noe vi har sett i vår arbeidshverdag. Det kan skje at urolige pasienter får for eksempel Sobril uten at det er gjort en grundig kartlegging av om uroen er uttrykk for smerte. Pasientene blir da sløve uten å være smertelindret. Konsekvensen av dette kan være underbehandling av smerter hos Fru N.N. Generelt er smerter underdiagnostisert hos eldre og spesielt hos de med kognitiv svikt fordi det ikke er god nok rutine i å utføre smertediagnostikk (Kongsgaard et al. 2008). Dette er også noe vi har sett på våre arbeidsplasser ved at det er lite fokus på smertekartlegging.

En av grunnene til at smerter hos eldre er underdiagnostisert kan kanskje være at språkfunksjonen er redusert og sykepleierne ikke har nok kunnskap om endringer i kommunikasjon. Når det gjelder Fru N.N, har hun problemer i forhold til å finne de riktige ordene for å gi uttrykk for smerte. Spørsmålet vi som sykepleiere sitter med, er om hun viser smerte ved å være urolig. Språket er med på å holde orden på tankene våre, det gir også hjelp til en fornemmelse av sammenheng og helhet. Det vi tenker og mener kan vi gi uttrykk for gjennom språket, ved å beskrive abstrakte begreper og teorier, begivenheter og endringer. Ønsker og behov kan settes ord på og vi kan skille mellom fortid, nåtid og fremtid (Sejerøe-Szatkowski, 2008). I enhver kommunikasjon med Fru N.N vil det være en fordel å snakke tydelig og med god artikulering slik at hun lettere kan få med seg budskapet.

Vurdering av smerte hos fru N.N må være strukturert og målrettet fordi det gir best resultat i forhold til smertelindring. Dette bør være en selvfølge på lik linje med dekning av de grunnleggende behovene. I følge forskning har 60-80 % av sykehjemspasienter kroniske smerter (Sandvik & Husebø, 2011). Fru N.N står i fare for å havne innunder denne statistikken. For å unngå dette må vi kartlegge hennes uro og finne ut om dette er uttrykk for smerte. Vi synes det har vært et problem at vi ikke har hatt noe konkret verktøy for å systematisere kartlegging av smerte. Gjennom videreutdanningen har vi nå lært om kartleggingsverktøyet Mobid-2 scale. Vi vil nå drøfte bruken av dette kartleggingsverktøyet.

4.2 Hvordan kan sykepleieren anvende kartleggingsverktøyet Mobid-2 Scale for å identifisere smerter hos personer med demens?

Studier viser at personer med kognitiv svikt i sykehjem får mangelfull smertevurdering og smertebehandling. Det er en særlig utfordring med smerter hos personer med demens, fordi det er mange som ikke klarer å formidle smerten med ord. Det blir ekstra viktig å observere atferd som tegn på smerte når språkfunksjonen er nedsatt. Det er i de senere årene utviklet flere typer kartleggingsverktøy for å fange opp smerter hos personer med demens, som har dårlig språkfunksjon. Det finnes tre typer verktøy til bruk i smertekartlegging som er utprøvd og anbefalt i Norge. Dette er CNPI, Doloplus og Mobid-2 Scale (Knudsen & Larsen, 2010). I oppgaven er det kun Mobid-2 scale vi har valgt å fordype oss i, fordi den er laget med det mål å møte pasienter med smerte på sykehjem. Vi har erfaring med at smerter ikke blir systematisk dokumentert, dette ønsker vi å endre på. Mobid-2 er et instrument som ble

utviklet og testet ved Universitet i Bergen i doktorgradsprosjektet «Assesment of pain in patients with dementia» (Husebø, 2008). De ulike skjemaene er basert på observasjon av atferden. Det er nevnt to observasjonsskjemaer i Kirkevold (2009), Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) og Doloplus-2. Disse to skjemaene måler ikke smerteintensitet, men måler kun smertens tilstedeværelse (ibid).

Disse to kartleggingsskjemaene velger vi ikke å gå noe mer inn på, men heller å se nærmere på Mobid-2 Scale, som Bettina Husebø har skrevet om i sin doktorgradsavhandling. Denne handler om smerter hos personer med demens og tar for seg kartleggingsverktøyet Mobid-2 Scale. Målet med oppgaven var å utvikle et administrert evalueringsverktøy for og kunne kartlegge smerte hos eldre personer med demens. For så å teste instrumentet med hensyn på reliabilitet og validitet, og kunne bruke det i en klinisk setting ved et sykehjem (Husebø, 2009).

For å vurdere Fru N.N sitt smertebilde blir det i tillegg til observasjon av smertene viktig å forebygge smerte. I dette arbeidet kan Mobid-2 være et godt redskap fordi det kan brukes for eksempel i stellsituasjon. I en stellsituasjon er det tilrettelagt for et godt jeg-du møte, som igjen gir gode muligheter for observasjon av eventuelle smerteuttrykk i ro. Sykepleieren bør være trygg på å observere uttrykk som for eksempel pannerynking, rask blinking, støyende pusting, utrop, tilbaketreking, om pasienten motsetter seg hjelp, utagering, økt forvirring, irritabilitet og gråt. Det bør være en kontinuitet i observasjon av smerte under stell i for eksempel minimum en uke som vil kvalitetssikre behandlingen. Dette vil gi oss et bilde av Fru N.N over tid, som igjen er viktig for å ha et best mulig grunnlag for videre behandling og formidling til lege. Som pasientens talsmann er sykepleiere viktige i forhold til formidling av pasientens smerteuttrykk, da det er vi som ser pasienten 24 timer i døgnet. Det er alltid viktig at smertestillende medikamenter blir vurdert, i tillegg til andre tiltak som sykepleiere kan iverksette på egenhånd. I vår arbeidshverdag ser vi at mange pasienter får for eksempel Paracetamol inntil 1g x 4 i døgnet for å imøtekomme antatte smerter. Hos mange pasienter er ikke dette nok smertelindring, de får ofte da i tillegg for eksempel Norspan depotplaster. Vi har erfaring med at mange har god virkning ved bruk av dette, uten at det nødvendigvis er gjort en systematisk kartlegging på forhånd. Vi stiller spørsmålstejn ved at dette gjøres uten denne systematiske kartleggingen, siden det er sterke medikamenter. Situasjonen med Fru N.N er om uro er et uttrykk for smerte. Vi må derfor kartlegge når på døgnet denne uroen oppstår, og om det finnes utløsende årsaker i for eksempel miljøet. Når dette er med i betraktningen kan det hjelpe oss videre i møte med Fru N.N. Det blir da viktig at sykepleieren

tolker hele hennes atferd i forhold til kroppsspråk, mimikk og stemmeføring. Her blir det viktig at de som jobber med Fru N.N er trygge på kommunikasjon og hennes uttrykksmåte. En utfordring i denne situasjonen kan være få sykepleiere til stede og/eller i tillegg lite kunnskap om tolkning av smerte. Mange sykepleiere har kanskje kunnskap om dette, men dokumentasjonsrutinene på arbeidsplassene er kanskje ikke tilfredsstillende.

Alzheimerpasienter trenger tid, ro og få å forholde seg til. «Mentalt fungerer de atskillig langsommere enn friske, og har vansker med å tilpasse seg andre menneskers normale hastighet. Travelhet og tidspress virker negativt. Når det skal gis omsorg til personer med Alzheimer, må det settes av tilstrekkelig med tid for at den enkelte skal kunne samarbeide og delta» (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007 s. 57).

For at Mobid-2 skal være godt implementert er det viktig med god opplæring av de som skal bruke det. Det kan være utfordrende å få implementert dette, fordi det kan for enkelte være for mye jobb å sette seg inn i noe nytt. Vi har erfaring med at det kan være vanskelig å motivere for og få implementert nye arbeidsmåter og tiltak. Vi ser at flere enn oss har denne erfaringen, når det i artikkelen; «smerte hos eldre pasienter med demens» er gjort undersøkelser som viser at sykepleierne ønsker seg mer kompetanse, men gjør lite for å få økt sin kompetanse (Lillekroken & Slettebø, 2010). Det er på lik linje med andre prosedyrer viktig å tilegne seg kunnskap om. Dette viser at kunnskap blir viktig for å møte denne utfordringen. Hvis man har fått god opplæring, gagnar dette også pasienten da smertelindringen kan bli tilfredsstillende.

I smerteuttrykkets natur ligger det at man skal kunne beskrive hvordan man opplever det som er vondt. Når denne pasientgruppen har mistet evnen til å formidle dette, så gir det en stor utfordring for sykepleierne for å kunne gi god nok lindring. Som det står i artikkelen; smertevurdering hos pasienter med demens «er en forutsetning for adekvat smertebehandling selvrappotering av smerten, som er en gullstandard, ofte basert på bruk av et smerteinstrument» (Sandvik & Husebø, 2012). Et sånt verktøy innebærer at pasienten må kunne huske blant annet smertens intensitet over tid. Da dette ikke er mulig hos Fru N.N fordi hun lider av langtkommen Alzheimer, kan vi benytte oss av Mobid-2 Scale for å imøtekomme hennes smerteproblematikk. Det som er spennende med dette kartleggingsverktøyet, er at det til forskjell fra andre prøver å fange opp og skille mellom smerter fra muskulatur, ledd og skjelett og smerter fra hud, hode og indre organer. Vi ser at dette kommer Fru N.N til gode ved at vi prøver å imøtekomme hennes smerteuttrykk.

Vi har stilt oss spørsmåltegn om Mobid-2 scale er et godt verktøy. Vi har derfor lett i litteratur og artikler etter forskjellige arbeidsteders erfaring med bruk av verktøyet. I fagartikkelen smertevurdering hos pasienter med demens (Sandvik & Husebø, 2011) som nå er publisert i bladet demens og alderspsykiatri, står det «Mobid-2 har siden 2004 vært i bruk i ulike situasjoner og man har funnet at den er pålitelig (reliabel) og gyldig (valid). Instrumentet er beskrevet og validert i flere artikler». Vi velger å tro at dette er et godt kartleggingsverktøy og at det er verdt å gjøre seg kjent med og implementere det i årene som kommer.

5. KONKLUSJON

Vi ser gjennom arbeid med denne oppgaven hvor viktig systematisk smertekartlegging av personer med Alzheimer er. Kommunikasjon med pasienter med Alzheimer kan være en utfordring. For å løse denne utfordringen må vi ha kunnskap om blant annet Fru N.N, Alzheimer, non-verbal kommunikasjon og hvordan det brukes. Det er viktig at sykepleiere ikke bare er gode til å dekke grunnleggende behov, men også gode på smerteobservasjon. Mobid-2 scale kan være et godt kartleggingsverktøy og målet bør være at det er implementert i sykepleiehverdagen.

Personsentrert omsorg er viktig i møte med pasienten. Fru N.N fortjener å bli sett i forhold til sine særegenheter. Det er derfor viktig med et godt samarbeid sykepleiere i mellom for å skape et felles mål for Fru N.N. Målet må være at hun er best mulig smertelindret til enhver tid. Mobid 2 scale kan være et godt hjelpemiddel for systematisk kartlegging av smerter hos Fru N.N. Vi vil da kunne finne ut om uroen hennes er et uttrykk for smerte.

Da vi har erfaring med at det ikke er noe systematisk smertekartlegging på våre arbeidsplasser, ønsker vi gjennom oppgaven å kunne formidle kunnskap om Mobid 2 scale og bruken av dette.

6. LITTERATURLISTE

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.(2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25, 2005-2006).

Eide, Hilde og Eide, Tom (1996). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Engedal, K., & Haugen, P.K. (2009) *Demens: Fakta og utfordringer: en lærebok*. Oslo & Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 11(13).

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/771812/far-bedre-smertebehandling->

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt -ikke stykkevis og delt*. (Oslo): Gyldendal Norsk Forlag AS.

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 9(19) 1996-1998.

<http://tidsskriftet.no/article/1899525>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens- personen kommer i første række*. Dansk udgave: Munksgaard Danmark, København.

Knudsen, L. & Larsen, T. A. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang. *Nordisk tidsskrift for helseforskning nr. 2 – 2010*, 6(2).

<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/1183/1122>

Kongsgaard, U., Wyller, T. B. & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling, *Tidsskrift for den norske legeforening*; 8(5), 590-591.

<http://tidsskriftet.no/article/1662467>

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2010). Smerte hos eldre pasienter med demens – vurdering og tolkning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12: 4, 3-14.

McCaffery, M. & Beebe, A. (1994). *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Akribe AS.

Sandvik, R. K. (2011). Smertevurdering ved kognitiv svikt. *Kreftsykepleie*, 11(3), 10-16.

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/738137/010.pdf>

Sandvik, R. K. & Husebø, B.S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 11 (11).

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/740143/maler-smerte-hos-personer-med-demens>

Sandvik, R.K & Husebø B.S. (2012). Smertevurdering hos pasienter med demens. *Demens&Alderspsykiatri*. Vol.16 Nr. 1 2012.

Sejerøe-Szatkowski, Kirsten (2008). *Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske Pensumtjeneste AS.

Slettebø, Åshild & Nortvedt, Per (Red.). (2006). *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vetlesen, Arne Johan & Henriksen, Jan Olav (2006). *Nærhet og distanse*. (3.utg.). (Oslo): Gyldendal Akademiske Forlag.

Wyller, Torgeir Bruun (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. (1.utg). Gyldendal Norsk forlag As.

Vedlegg 1: Kartleggingsverktøyet Mobid 2-scale