

Kreftrelaterte smerter hos alvorlig demente i sykehjem

Ulla Soini og Gudrun Nilsen

Ulla Soini. Sykepleier. Akershus Universitetssykehus, E-mail: ulla_soini@hotmail.com

Gudrun Nilsen. Førsteamanuensis. Avdeling for helsefag, Høgskolen i Finnmark, E-mail: Gudrun.Nilsen@hifm.no

Sammendrag:

Møtet med en krefttrammet, alvorlig dement pasient i sykehjem ga et eksempel på sykepleiernes utfordringer til å bidra med god smertelindring. Gjennomgang av tidligere forskning viser at alvorlig demente er mer utsatt for ikke å få optimal smertelindring enn andre i samme medisinske situasjon. Bruken av smertelindrende medikamenter både nasjonalt og internasjonalt er mye lavere enn til ikke demente, til tross for at demente opplever like mye smerter som andre. Det synes å være behov for mer systematisk kartlegging av smerter hos demente i sykehjem, og det er nå forsøkt utviklet evalueringsverktøy som kan brukes til dette. Selv om det må tas hensyn til at eldres reaksjoner på legemidler endres og krever forsiktighet, så er det verken faglig forsvarlig eller akseptabelt at demente ikke får fullgod smertelindring ved kreftsykdom. Sykepleierne i sykehjem har et stort ansvar for å bidra til at også alvorlig demente får nødvendig lindring for sine kreftsmarter.

FOU-artikkel

Nøkkelord:

Demente pasienter, sykehjem, smertelindring, kreftsmarter, kartlegging av smerter

Bakgrunn

Smertelindrende behandling til demente kreftpasienter kan på ulike måter være utfordrende. Som tredje års student fulgte jeg (førsteforfatter) i noen uker opp en alvorlig dement pasient i sykehjem som fikk diagnosen kreft med spredning. Pasientens evne til verbal kommunikasjon var svekket

og ble ytterligere redusert når kreftsykdommen utviklet seg. Møte med denne pasienten avdekket hvor utfordrende det kan være å bidra til at demente får tilfredsstillende smertelindring når sykdommen utvikler seg. En sentral utfordring i denne situasjonen var å forstå

hvordan denne pasientens særegne uttrykk for smerter var. Utfordringene ble ytterligere forsterket ved at man innad i pleiegruppen hadde ulike tolkninger av dette. Dette gjorde at behandlingen ble preget av tilfeldigheter, at smertelindring var avhengig av hvem som var på vakt, og at pårørende opplevde pasienten som dårlig smertelindret i perioder.

Den raskt voksende andel eldre i befolkningen er unik i menneskehetens historie. Disse demografiske endringer byr på mange utfordringer, ikke minst når det gjelder omsorg for eldre med alvorlig demens. Epidemiologisk utvikling tilsier at demens er den sykdom som kommer til å øke mest på verdensbasis, med forventet prevalens på 4 % innen 2040 (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty 2005). I Norge har ca. 70.000 mennesker en demenssykdom, med forventede 10.000 nye tilfeller hvert år. Diagnosen demens er hovedårsak til innleggelse i sykehjem, hvor mer enn 80 % av pasientene er vurdert å være demente (Selbaek, Kirkevold, Engedal 2007). Den vanligste årsaken til demens i Europa er Alzheimers sykdom, som innebærer patologiske forandringer i hjernen med tap av nevroner og synapser, degenerering av nervevev og dannelse av neuritic plaques (Tolnay & Probst 2002, Hodges, Davies, Casey 2004).

Økende alder er assosiert med en økende forekomst av smerter (Teno, Kabumoto, Wetle, Roy, Mor 2004). På grunn av alder og sammensatte sykdommer lider mellom 45 – 83 % av eldre i sykehjem av underdiagnostiserte smerter (Fries, Simon, Morris 2001, Engle, Graney, Chan 2001, Horgas, Elliott 2004), og en norsk studie viser at smerter også hos demente i sykehjem er utbredt især blant de med alvorlig demens (Husebø 2008). Forekomsten av kreftsykdom øker med økende alder, men hvor stort omfang kreftlidelser har blant demente i sykehjem foreligger det ingen sikre data på.

Sykepleierne i sykehjem har et stort ansvar for å fange opp enkeltpasienters behov, og sikre at pasienter får den omsorg og behandling de har krav på, inklusiv smertelindring. De står ofte alene fordi man er få sykepleiere og legebesøkene er av kortere varighet. Det å videreformidle pasientens uttrykk for smerter til legen slik at tilfredsstillende smertelindring kan tilbys, synes å være sentralt. Hvordan man på en god måte kan fange opp dementes uttrykk for smerter og hvilke hjelpemiddel som kan anvendes for kartlegging er lite berørt i litteraturen. Hensikten med dette paperet er å sette fokus på alvorlig demente pasienter i sykehjem med langtkommet kreftsykdom, og sykepleiefaglige utfordringer når en god smertelindring står sentralt for et verdig liv den siste tiden.

Ida er dement og har kreft

Denne situasjonen er fra et sykehjem i en mindre kommune i Norge. Pasienten, her omtalt som Ida, var en kvinne i 70 årene, med primær diagnose Alzheimer med tidlig debut. Etter at sykdommen begynte å utvikle seg var Ida først dagpasient ved en skjermet avdeling, før hun fikk fast plass ved sykehjemmet. Kort tid etter at vi møtte Ida, ble det registrert merkbare endringer i hennes funksjonsnivå. Hun trengte plutselig hjelp til å spise, noe som var nytt, og mer hjelp til daglig stell. Hun syntes også å ha svelgvansker, spiste dårlig og var mer stille enn vanlig. Mannen, her omtalt som Tom, var daglig på besøk og ga uttrykk for at Ida ikke syntes å være i form. I forbindelse med stell observerte vi flere mindre kuler ulike steder på kroppen, en kul var misfarget og på størrelse med en 20 kroners mynt. Vi informerte om observasjonene på ukens legevisitt, og Ida ble sendt til sykehus for utredning. CT røntgen viste at hun hadde langtkommet kreftsykdom med omfattende metastaser.

På det tidspunkt vi møtte Ida kjente hun igjen Tom, og omtalte han med navn når han var til stede. Hun svarte på spørsmål, dog ikke alltid med like adekvate svar. Hun sa også i fra når hun var tørst, trøtt og liknende, og ved flere anledninger sa hun «huff» i forbindelse med stell, påkledning og forflytning. Tilbake på sykehjemmet etter diagnostiseringen gikk det raskt tilbake med Ida de neste to ukene. Hun spiste og drakk lite, allmenntilstanden ble etter kort tid redusert, og hun ble sengeliggende. Det verbale språket ble merkbart dårligere, og etter kort tid svarte eller snakket hun ikke i det hele tatt. Vi var flere i pleiegruppa som mente å observere tegn på smerter, som anstrengt ansiktsuttrykk og respirasjon, uro og at hun ofte vred seg i sengen. Tom fortalte at hun alltid hadde vært flink å skjule smerter og disse signalene mente også han var uttrykk for at hun hadde vondt. På dette tidspunktet fikk Ida kun Paracetamol ved behov. Fordi sykepleierne ved avdelingen tolket Idas smerteuttrykk ulikt, ble det noe tilfeldig om hun fikk smertestillende eller ikke, da hun ikke sto på fast medikasjon.

På et møte vedrørende Ida hvor ektemannen, lege og Idas primærkontakt deltok, ble smertelindring tatt opp. Tom var opptatt av at kona ikke skulle lide, og uttrykte sin bekymring for at hun ikke syntes å være smertelindret. Etter dette ble Ida satt på Paralgin Forte og Paracetamol en ukes tid. Dette syntes heller ikke å gi fullgod lindring, og etter at dette ble påpekt gjentatte ganger av ektemannen og pleiere som kjente henne godt, ble hun satt på Durogesic plaster og Morfin mikstur ved behov. Denne behandlingen hadde god effekt, men vurderingen av Idas behov for Morfin mikstur varierte fortsatt fra sykepleier til sykepleier. Ida døde før det var gått tre måneder etter at hun fikk diagnosen kreft.

Smerter hos personer med demens

Det har vært en utbredt antakelse i flere tidligere studier at personer med demens opplever mindre smerter og får en høyere toleranse for smerter etter hvert som de kognitive skader utvikler seg. Imidlertid finner Husebø (2008) i sin studie det motsatte. Pasienter med alvorlig demens erfarte ikke mindre omfang eller intensitet på sine smerter, og noen tenderte til å ha mer smerter, enn pasienter med moderat eller ingen demens. Dette bekrefter det Gagliese og Melzacks (1997/2006) tidligere har hevdet. De pekte på at dette er pasienter med redusert evne til verbalt å uttrykke sine smerter på grunn av kognitiv svikt, redusert hukommelse og språk, og at dette feilaktig blir tolket som mindre opplevd smerter. Likevel kan denne oppfatningen være utbredt i klinisk praksis, da mange studier viser at det foreskrives mindre smertelindrende medikamenter til pasienter med alvorlig demens (Morrison & Siu 2000, Frampton 2003, Nygaard & Jarland 2004, 2005, Hutt, Pepper, Vojir, Fink, Jones 2006).

Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om smertelindrende behandling i norske sykehjem og især smertelindring til demente (Husebø 2008). Den største gruppen pasienter i sykehjem er som nevnt demente, som altså ikke lengre kan forklare hva som og hvor det gjør vondt. Husebø (2008) peker i sin studie på at ved det sykehjem hun foretok sin undersøkelse, var det etablert en palliativ avdeling med personale som hadde høy kompetanse innen både omsorg og smertelindrende behandling. Likevel registrerte hun en tilbakeholdenhet og til dels underbehandling av dementes smerter også der, især når det var behov for opioider. Hun mener dette kan skyldes en frykt for at demente kan være mer utsatt for å få bivirkninger, selv om det ikke er foretatt noen studier av sideeffekter av opioider hos demente. Hennes studie viser at smerter hos alvorlig demente i sykehjem var underbehandlet. Dette kan bety at alvorlig demente med omfattende smerter, eksempelvis kreft smerter, risikerer å ikke få

optimal smertelindring. En fra før utsatt gruppe pasienter påføres på den måten unødige lidelser (Cipher, Clifford, Roper 2006, Husebø 2008).

Prinsipper for smertelindring til pasienter med kreft.

Flere undersøkelser konkluderer med at 60-80% av pasienter med kreft har betydelige smerter i siste livsfase (Husebø & Husebø 2009). Hovedprinsippene for medikamentell behandling av kreftsmarter er oppsummert i WHO's tre trinns smertetrapp. Tinn en omfatter bruk av ikke-opioider som paracetamol og antiflogistika, trinn to er svake opioider som kodein og dextro-propoxyphen og i trinn tre tas sterke opioider som morfin, fentanyl og oxykodon i bruk. Smertetrappen er kritisert for ikke å være basert på resultater fra kontrollerte studier, men validering viser likevel at ved å følge disse trinnene oppnår man god smertelindring i nær 90% av behandlingstiden (Zech, Grond, Lynch 1995). Behandlingsstrategien er i dag akseptert i fagmiljøene, og inngår i de fleste retningslinjer for smertebehandling til pasienter med kreftsmarter både nasjonalt og internasjonalt (Borchgrevink, Klepstad, Kongsgaard, Kaasa 2004).

Gjentatte studier viser imidlertid at denne behandlingsstrategien ikke alltid følges opp og at mange kreftpasienter opplever omfattende smerter over tid (Holtan, Kongsgaard, Ohnstad 2005). En norsk studie viser at kreftpasienter i gjennomsnitt hadde opplevd uakseptable smerter i > tre måneder før oppstart av et sterkt opioid. Grunnen til dette hevdes å være legers manglende kunnskaper eller frykt for bivirkninger, men også at pasienter ser på oppstart av opioider som uttrykk for progresjon i kreftsykdommen, og dessuten bekymret seg for bivirkninger (Klepstad, Kaasa, Skauge 2000). European Association for Palliative Care har utviklet en anbefaling basert på konsensus blant eksperter vedrørende bruk

av opioider til kreftpasienter. Her fremstår morfin som førstevalg når behandling i smertetrappens trinn to ikke lengre gir tilfredsstillende smertelindring (Hanks, DeConno, Cherny 2001). Det foreslås også at svake opioid erstattes med en lav dose sterkt opioid, fordi studier viser at de fleste pasienter har positive erfaringer med oppstart av opioider, med mindre bivirkninger enn forventet (Klepstad, Kaasa, Skauge 2000). Klepstad (2009) er blant de som påpeker at det startes for sent opp med sterke opioider til pasienter med kreftsmarter, fordi dette er en behandling som gir mer pålitelig smertelindring. Flere nyere retningslinjer for behandling av kreftsmarter, inkludert den norske, har nå inkludert dette momentet (Borchgrevink et al. 2004, Lundstrøm 2009, Klepstad 2009).

Imidlertid synes altså både helsepersonell og pasienter av ulike grunner å ha barrierer mot opioidbehandling. Helsepersonells tilbakeholdenhet synes særlig å gjelde demente pasienter i sykehjem, som altså resulterer i underbehandling og unødig lidelse (Gagliese & Melzack 2006, Husebø 2008, Lundstrøm 2009).

Kartlegging av smerter hos demente

I nyere studier tas det nå til orde for betydningen av en grundig kartlegging av smerter hos demente i sykehjem (Husebø 2008, Horgas & Elliott 2004, Gagliese & Melzack 2006). Fordi man innen forskningen har hatt lite fokus på dementes smerter, bærer utviklingen og utprøvingen av måter å kartlegge smerter preg av å være sporadiske forsøk som bare i liten grad har vært gjort til gjenstand for forskning (Husebø 2008, Horgas & Elliott 2004, Fries et al. 2001).

Likevel finner en i litteraturen noen anbefalinger (Smith 2005, Nygaard & Jarland 2004, 2005, Hofacker 2001). Det blir sett på som viktig å observere og

dokumentere den dementes typiske adferd og væremåte ved den første kontakten, eksempelvis ved innleggelse, og dokumentasjonen må være lett tilgjengelig i avdelingen. På den måten har personalet et grunnlag å vurdere etter dersom atferden endres. Kontinuitet er generelt viktig i forhold til demente, både med tanke på personalkontakt og omgivelser. God kjennskap til den demente gjør det også lettere å oppdage atferdsbaserte endringer som kan være tegn på smerter. Videre er pårørende viktig fordi de ofte vet mye om typisk atferd og typisk reaksjon på smerte (Fasting & Lundorff 2001, Hofacker 2001, Smith 2005). I Idas tilfelle var det ikke vanlig ved dette sykehjemmet å observere og dokumentere dementes væremåte ved første kontakt. Sykehjemmet hadde flere blant personalet som hadde jobbet med Ida fra hun var dagpasient, og noen kjente Ida fra før hun ble dement. Ektemannen var også på besøk nesten daglig og dette gjorde at man ble oppmerksom på endringer i funksjonsnivået. Etter at Ida hadde fått kreftdiagnosen ble personalet mer bevisst på tegn på smerter. Likevel oppsto det nokså delte meninger om hva som faktisk var uttrykk for smerter, og det varierte også hvor mye man tok hensyn til Toms oppfatning. Dermed ble den smertelindrende behandlingen noe tilfeldig, alt etter som hvilken sykepleier som var på vakt. Nygaard & Jarland (2004, 2005) hevder at forutsetningen for en kvalitativt god smertelindring er at personalet har en felles forståelse av smerteproblemet, noe som altså ikke var tilfelle i denne situasjonen.

I en del studier hvor kartlegging av smerter hos alvorlig demente er tatt opp, vises det til at tiltross for at det språklige er redusert eller har opphørt, så kommuniserer den demente sin smerte på ulike måter via kroppsspråket. Vurdering av ansiktsuttrykk som eksempelvis grimaser, stramt ansikt, rynket panne og forandringer i øynene går igjen. Videre er vurdering av kroppsspråket, som for eksempel stivhet, anspenhet, krymper seg, trekker seg unna, urolighet og

rastløshet. Verbale uttrykk som smerteutsagn og -utrop, stønning, jamre seg, sukke, gisp og gråt går også igjen (Smith 2005, Søgne-Møller 2005, Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad, Berger 2006). Husebøs (2008) studie hadde som mål å utvikle et evalueringsinstrument basert på denne type smerteuttrykk, til bruk for å fange opp kroniske smerter hos alvorlig demente i sykehjem. I studien testet pleiepersonell ut et evalueringsinstrument, Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID), og konkluderte med at instrumentet var enkelt i bruk, tok kort tid og at reliabiliteten og validiteten var høy. Instrumentet er sykepleieadministrert, utviklet spesielt til bruk for alvorlig demente, og innebærer at de ulike smerteuttrykk skal observeres gjennom standardiserte, aktivt veiledede bevegelser og utledes til å representere smerteintensitet. Kartleggingen tilbyr en systematisk og skriftlig dokumentasjon av pasientens smerter.

De situasjoner hvor pasienten ikke har språk og dermed ikke kan beskrive sin smerte med ord, representerer spesielle utfordringer for sykepleierne og en mangler ofte kunnskaper og instrumenter for å gjøre gode vurderinger (Hofacker, 2001, Nygaard & Jarland 2004, 2005, Songe-Møller 2005). Idas situasjon bekrefter dette. Imidlertid var det ingen tvil om at personalet oppfattet situasjonen som svært utfordrende. Ved dette sykehjemmet hadde man ingen tradisjon for systematisk kartlegging av smerter verken hos demente eller ikke demente. Idas anstrengte respirasjon, ansiktsuttrykk og kroppsholdning ble intuitivt observert, men ikke dokumentert skriftlig hverken i rapport eller journal, heller ikke effekt eller mangel på effekt av gitt medikament.

I og med at pleiernes kjennskap til Ida og pårørendes daglige tilstedeværelse ikke var tilstrekkelig for å sikre Ida en god smertelindring, så synes det i dette tilfelle å ha vært behov for mer systematisk kartlegging og dokumentasjon av smerteuttrykk,

smerteintensitet og effekt av medikamentbehandling.

I Idas tilfelle kunne bruk av kartleggingsverktøy, som eksempelvis MOBID, bidratt til å sikre en kvalitativt bedre smertelindrende behandling tidligere i forløpet. Sykepleierne er ofte hverken trent for eller komfortabel med behandling av kreft smerter (Nygaard & Jarland 2004, 2005, Smith 2005, Hofacker 2001). Likevel har sykepleierne i sykehjem et stort medansvar når det gjelder å sikre pasienten tilfredsstillende smertelindring. I motsetning til legen har sykepleierne nær kontakt med pasienten gjennom store deler av døgnet. Slik man ser det i Idas tilfelle byr pasienter med alvorlig demens og smerter på blant annet utfordringer for sykepleierne å oppnå en felles forståelse av pasientens unike smerteuttrykk. Et kartleggingsinstrument som eksempelvis MOBID kunne hjulpet sykepleierne til en mer systematisk kartlegging av smertenens omfang og intensitet. Dette kunne bidratt til en bedre felles forståelse for pasientens smerteuttrykk, og dermed hennes behov for smertelindrende medikasjon. En slik kartlegging og dokumentasjon av Idas individuelle smerteuttrykk, ville også kunne fungert som et viktig grunnlag for legen i hans vurdering og valg av strategi for smertebehandlingen, og slik også kunne fungert som et sentralt samhandlingsverktøy til pasientens beste.

Instrumentet bidrar dessuten til skriftlig dokumentasjon på en enkel og lite tidkrevende måte. Det er hevdet i flere undersøkelser at skriftlig dokumentasjon generelt i helsevesenet ofte er ufullstendig og lite systematisk (Heggdal, 2006), noe som en også ser i dette tilfellet. Skriftlig dokumentasjon står sentralt i kvalitetsutviklingen av sykepleietjenesten. Dokumentasjon synliggjør sykepleiernes faglig ansvar, faglige vurderinger og bidrar til videreutvikling av sykepleiernes kliniske erfaringskunnskap, som eksempelvis å sikre smertelindring til alvorlig demente i sykehjem.

Behandling av kreft smerter hos alvorlig demente

Borchgrevink et al. (2004) hevder at ca. 80 % av smerter ved kreftsykdom kan kontrolleres. I situasjonen med Ida opplevde en mange tegn på at hun ikke var smertelindret, især den første tiden etter sykehusoppholdet. Også Tom, som var den som kjente henne best, kom med flere tilbakemeldinger om at Ida ikke hadde det godt. Jeg opplevde det som svært utfordrende å se både Idas og Toms lidelse i denne situasjonen hvor vi bare kunne tilby Paracetamol og senere Paralgin forte i tillegg. En behandling som ikke var tilstrekkelig slik jeg vurderte Idas uttrykk for smerter.

Denne tilbakeholdenheten i smertebehandlingen av Ida kan forstås ut fra tidligere forskning innen smerter og demens, som viser både en tendens til underbehandling av kreft smerter, og at demente er særlig utsatt (Husebø 2008, Klepstad 2009, Lundstrøm 2009). Også den utbredte oppfatningen om at demente ikke opplever samme smerteintensitet som ikke-dement, kan bidra til forsiktighet i medikamentvalg (Gagliese & Melzack 2006, Horgas & Elliott 2004). Paracetamols smertelindrende virkning på kreft smerter er mangelfulle dokumentert (Borchgrevink et al. 2004, Lundstrøm 2009), likevel opplevde vi at sykepleierne var tilbakeholdne med å presse på for å få mer virksomme medikamenter til Ida. En tendens også Husebø fant i sin studie.

I Idas tilfelle var det også tilfeldig hvor ofte hun fikk de medikamentene hun sto på ved behov, fordi pleierne i avdelingen vurderte hennes smerteuttrykk ulikt. Husebø & Klaschik (1998) er blant de som hevder at leger må unngå smertelindrende forordninger ved behov, og kaller dette for en standardfeil. De mener at det er av så stor

betydning at pasienter er godt smertelindret, at man bør sikre det ved fast ordinerings slik at man unngår å utsette pasienter for tilfeldige vurderinger av personell som kanskje ikke kjenner pasienten godt nok til å gjøre kvalitativt gode vurderinger. Smerter er en subjektiv opplevelse som uttrykkes på personens unike måte, som ikke alltid lar seg tolke for alle. Dette gjelder særlig demente som Ida, som på grunn av kognitiv svikt og manglende språk kan være særlig utfordrende å tolke.

Etter tre-fire uker fikk Ida Durogesic plaster og Morfin mikstur ved behov, i tillegg til Paracetamol. Således ble WHO's smertetrapp fulgt. Imidlertid påpekes det, blant annet av Borchgrevink et al (2004), at trinnene i smertetrappen ikke må følges slavisk fordi det skal være pasientens smerter som er avgjørende for hvilket trinn en velger. I Idas tilfelle hvor kreftdiagnose ble stilt sent i forløpet burde det vært vurdert å starte på trinn 2 og endog direkte på trinn 3, både fordi opioider er det som har best virkning på moderate til sterke kreftmerter (Borchgrevink et al. 2004, Tveito 2006, Klepstad 2009), og fordi man innen palliativ virksomhet vanligvis legger vekt på at den medikamentelle smertebehandling blir viktigere jo lengre ut i forløpet en kommer (Husebø & Husebø 2009, Klepstad 2009, Lundstrøm 2009). Dette bør også være gjeldende for alvorlig demente pasienter med kreft. Først da Ida fikk Durogesic plaster og Morfin mikstur, så jeg henne sovende med fredfull mine.

Oppsummering

Gjennomgang av litteratur og nyere forskning viser at demente er utsatt for å få mindre optimal smertelindring enn andre i samme medisinske situasjon. Mye tyder også på at smertelindrende behandling til demente fortsatt er et ikke-tema i fagmiljøene ved sykehjem. Bruken av smertestillende til demente, især alvorlig demente i sykehjem,

er både nasjonalt og internasjonalt lavere enn til ikke demente. Dette kan tyde på at tausheten omkring demens og smertelindring kan være et utbredt fenomen. Selv om det må tas hensyn til at eldres reaksjoner på legemidler endres av den normale aldringen og derfor krever forsiktighet, så er det hverken faglig forsvarlig eller akseptabelt at pasienter ikke får fullgod smertelindring ved kreftsykdom når det finnes gode behandlingstilbud. Sykepleierne i sykehjem har her et stort ansvar for å bidra til at også demente får nødvendig smertelindring for sine kreftmerter.

Litteratur

- Borchgrevink, Klepstad, Kongsgaard, Kaasa (2004) Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 3; 337-338
- Cipher DJ, Clifford PA, Roper KD (2006) Behavioural manifestations of pain in the demented elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 7; 355-365
- Engle VF, Graney MJ, Chan A (2001) Accuracy and bias of licensed practical nurse and nursing assistant ratings of nursing home residents' pain. *J Gerontol Ser A-Biol Sci Med Sci*. 56; 405-411
- Fasting U & Lundorff L (2001) *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. København. Munksgaard.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 366; 2112 – 2117
- Frampton M (2003) Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age Ageing*. 32; 248-251
- Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL (2001) Pain in US nursing homes: Validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist*. 41; 173-179
- Gagliese L, Melzack R. (1997) Chronic pain in elderly people. *Pain*. 70; 3-14

- Gagliese L, Melzack R. (2006) Pain in the elderly. I McMahon SB, Koltzenburg M (editors) *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5th Edition. UK. 1179-1181
- Hanks, GW, DeConno, F, Cherny, N (2001). Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer*. 84:587-93.
- Heggdal K (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal Akademiske. Oslo
- Hodges JR, Davies RR, Casey B (2004) Clinicopathological correlates in frontotemporal dementia. *Annual Neurol*. 56; 399-406
- Hofacker S (2001) Smertevurdering hos pasienter med alvorlig demens. *Omsorg*. 4; 53-54
- Holtan A, Kongsgaard U, Ohnstad HO (2005): Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125; 416-418
- Horgas AL, Elliott AF (2004) Pain assessment and management in persons with dementia. *Nurs Clin North Am*. 39; 593-599
- Husebø S, Husebø B (2009): Hva er smerte? *Omsorg* 1; 15-31
- Husebø BS (2008) *Assessment of Pain in Patients with Dementia. Development of a Staff-Administered Behavioural Pain Assessment Tool*. Dissertation for the degree of doctor philosophiae. University of Bergen.
- Husebø S & Klaschik E (1998) *Palliativ medisin – omsorg ved livets slutt. Praktisk innføring i smertebehandling, symptomkontroll, etikk og kommunikasjon*. Eide Forlag. Bergen
- Hutt E, Pepper GA, Vojir C, Fink R, Jones KR (2006) Assessing the appropriateness of pain medication prescribing practices in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 54; 231-239
- Klepstad (2009): Start av behandling med opioider til kreftpasienter. *Omsorg* 3; 9-14
- Klepstad P, Kaasa S, Skauge M (2000) Pain intensity and side effects during titration of morphine to cancer patients using a scheduled fixed dose escalation. *Acta Anaesthesiol Scand*. 44; 656-64
- Lundstrøm (2009): Smertlindring i livets slutskede. *Omsorg*. 3; 3-8
- Morrison RS, Siu AL (2000) A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Sympt Manage*. 19; 240-248
- Nygaard HA, Jarland M (2005) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry*. 20; 730-737
- Nygaard HA, Jarland M (2004) Vurdering av smerteproblemer hos personer med demens. *Demens*. Vol 8. 4;
- Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 22; 843-849.
- Smith M (2005) Pain assessment in Nonverbal Older Adults with Advanced Dementia. Perspectives in *Psychiatric Care*. 41. 3; 99-113
- Søgne-Møller, Hamers, Berger (2005) Smertemålinger hos elder med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 13/14; 1838-40
- Teno JM, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, V, Mor (2004) Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: Prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 52; 762-767
- Tolnay M, Probst A (2002) Frontotemporal lobar degeneration n – tau as a pied piper? *Neurogenetics*. 4; 63-75
- Tveito M (2006) Først og fremst å lindre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 3; 342-343
- Zech, D.F.J., Grond, S, Lynch, J. (1995). Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*; 63:65-76.
- Zwakhaleh SMG, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic

review of behavioural pain assessment

tools. *MBC Geriatr.* 6; 3-7