

# Slik vurderer du smerte hos personer med demens

Smerte måles forskjellig hos personer med mild, moderat og alvorlig demens. Her får du praktiske råd om smertevurdering med ulike verktøy.

Reidun K.N.M. Sandvik

Førsteamanuensis

Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet

Smerte

Demens

Sykepleien 2020 108 (80594) (e-80594)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80594

## Hovedbudskap

Smerte er en personlig opplevelse som gjør det nødvendig for en person å forklare selv hvor det gjør vondt, og hvor vondt det gjør. Langtkommen demens kan frata personen muligheten til å rapportere om sine egne behov – også om smerte. I slike tilfeller må derfor smerten vurderes av en sykepleier som kjenner personen godt. Da bruker sykepleieren et smertevurderingsverktøy og tar hensyn til pasientens grad av demens. Denne fagartikkelen er en praktisk guide til smertevurdering av personer med demens.

Helhetlig smertebehandling forutsetter at den enkelte personens smerte er identifisert og kartlagt (1). Det er nødvendig med kunnskap om hvor smerten er, hvordan den oppleves, og hvor intens den er (2).

Smerte er en opplevelse, og en opplevelse er knyttet til personen som opplever den, og derfor er selvrappport gullstandard. Personen som har smerte, må derfor være førsteinformant.

Eldre er utsatt for å ha mange sykdommer, der flere av dem kan forårsake smerter. Nyere studier viser at på sykehjem har beboerne i gjennomsnitt 5,1 diagnoser, og de er behandlet med 7,6 ulike faste medisiner (3). I de siste årene har studier vist at 60–80 prosent av beboere på sykehjem har smerter.

I tillegg er det funnet en økende bruk av smertestillende. Årsaker til smerte hos eldre forekommer som i resten av den voksne befolkningen: først og fremst i muskel- og skjelettsystemet, forårsaket av artrose, osteoporose og brudd.

Flere har også smerte fra nevrologiske sykdommer som Parkinsons og multippel sklerose. I tillegg er det en del som har nevropatisk smerte etter hjerneinfarkt (4).

## **De fleste på sykehjem har demens**

Hovedårsaken til innleggelse på sykehjem er demens, der evnen til egenomsorg er betydelig påvirket (5). Demens er en fellesbetegnelse som omfatter en rekke underliggende sykdommer som alle kjennetegnes ved svikt i hukommelsen og annen kognitiv funksjon, svikt i ADL-funksjonen og emosjonell svikt.

Det er antatt at 100 000 lider av demens. Tallet er økende med økende alder og forventes å dobles fra 2015 til 2050 fordi vi har en aldrende befolkning (6).



**«Det er antatt at 100 000 lider av demens.»**

Den største gruppen av demens er degenerative sykdommer som Alzheimers sykdom, frontotemporale endringer og Lewy-legemer-sykdom, fulgt av vaskulære årsaker og andre sykdommer som alkoholdemens og kreft.

På sykehjem er det flere som har en blanding av degenerative sykdommer som Alzheimers sykdom og en vaskulær skade.

## **Smerte må vurderes på vegne av pasienten**

Demens er en progredierende tilstand som kan stagneres noe med medisiner og kognitiv trening, men slik det er i dag, kan sykdommen ikke behandles eller forbedres. Demens gir en økende kognitiv svikt i evnen til å huske, forstå og produsere språk, gjøre vurderinger og løse problemer.

Både i hjemmetjenesten og på sykehjem bor det personer som har demens, og som har smerter, men som ikke selv klarer å fortelle om dem.

For å kunne levere god sykepleie er det nødvendig med kunnskap om årsaken til den kognitive svikten, hvilke funksjoner personen med demens fremdeles har, og hvilke som er svekket.

Når en person ikke selv kan vurdere sin egen smerte, må andre vurdere den på vegne av personen. «Nasjonalt faglig retningslinje om demens» har smertevurdering som en sterk anbefaling (7).

Flere institusjoner og kommuner har innført verktøy som MOBID-2-smerteskala til å vurdere smerte. Denne artikkelen gir en innføring i konkret bruk av MOBID-2-smerteskala ut fra graden av demens.

## **Generelle råd om smertevurdering ved demens**

Keela Herr er sykepleier og kom allerede i 2009 med forslag om hvordan man kan identifisere smerte hos dem som ikke selv kan gi verbalt uttrykk for det (8). I 2019 kom siste oppdateringen av rådene som ble gitt i retningslinjen fra Herr og medarbeidere (9).

For personer med demens blir det gitt råd om at man 1) først skal bruke smertevurderingsteknikker, 2) deretter bruke smertevurderingsverktøy, 3) redusere oppmerksomheten på vitale tegn, og til sist huske å 4) kartlegge på nytt og dokumentere.

Smertevurderingsteknikker som nevnes i retningslinjen fra Herr og medarbeidere (9), er å være oppmerksom på potensielle årsaker til smerten.

Slike årsaker innbefatter kjente diagnoser som vi vet kan være smertefulle, slik som artrose, smerte i ryggen (*low back pain*), nevrologiske lidelser som Parkinsons sykdom, smerte etter hjerneslag, og iskemisk smerte (8).



## «Smerte fra ledd og nevropatisk smerte øker jo eldre pasienten blir.»

Smerte fra ledd og nevropatisk smerte øker jo eldre pasienten blir, generell kronisk smerte stabiliserer seg, mens migrene og magesmerter avtar hos de eldste.

Deretter må sykepleieren alltid prøve å få pasienten selv til å forklare seg om sin egen smerte ved å forenkle kommunikasjonen fremfor at man unngår å spørre.

Dersom det ikke er mulig, kan sykepleieren alltid observere pasientens atferd. Da er det viktigst å være oppmerksom på lyder, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, men også sosiale og emosjonelle uttrykk (10).

### Presentasjon av MOBID-2-smerteskalaen

MOBID-2-smerteskala er et observasjonsbasert smertekartleggingsskjema som omfatter vurdering av smerte fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Skjemaet omfatter fem strukturerte bevegelser som mobiliserer hender, skuldre, hofter, knær, ankler og rygg.

Disse bevegelsene gjøres i sanntid med den enkelte personen (vedlegg, side 1). I tillegg vurderes smerte fra indre organer, hode og hud basert på observasjoner fra pleiepersonalet fra de siste tre dagene og opptil for en uke siden (vedlegg, side 2).

#### Muskel- og skjelettsmerte

Sykepleieren gjennomfører hver øvelse med pasienten:

- lede til å åpne og lukke hendene
- lede til å løfte armen mot hodet
- lede til å bøye hoften, kneet og ankelleddet
- lede til å snu seg fra side til side i sengen
- lede til å sette seg opp på sengekanten

Sykepleieren vurderer lyder, ansiktsuttrykk og avvergereaksjoner.

Sykepleieren foretar også en vurdering av hvor intens smerten er for hver øvelse på en ellevepunkts numerisk rangeringsskala (NRS) fra 0–10, der 0 er ingen smerte og 10 er så intens smerte som det er mulig å ha. Denne vurderingen er klinisk basert på sykepleierens kjennskap til personen.

Når det gjelder smerte knyttet til indre organer, hode og hud, skal følgende vurderes:

- smerte fra hode, munn og hals
- smerte fra bryst, lunge og hjerte
- smerte fra mage, øvre del (abdomen ved forstoppelse og andre symptomer)
- smerte fra mage, nedre del (genitalia og urinveier)
- smerte fra hud (også ved kløe, infeksjoner og sår i huden)

Ved hver observasjon vurderes først om smerte er til stede. Deretter gjør sykepleieren en klinisk vurdering av hvor intens smerten er på en NRS-skala fra 0–10. Etter at det er gjort en vurdering på alle de ti ovennevnte områdene (fem øvelser og fem observasjoner), vurderer sykepleieren smerte totalt sett på en NRS-skala fra 0–10.

## **Grad av demens**

Nivåinndeling av demens kan kartlegges med flere verktøy. Noen vurderingssystemer krever et intervju av personen selv, som Mini Mental State Examination (MMSE).

Slike verktøy kan gi et godt bilde av en persons funksjon fordi flere domener av kognisjon vurderes, som hukommelse, vurderingsevne, orienteringsevne, visuospatiale evner og persepsjon. Utfordringen med MMSE er at verktøyet er krevende for pasienten, og svaret kan preges av pasientens utdanning, alder og sosiokulturelle bakgrunn.

Klinisk demensvurdering (KDV) er et verktøy som besvares av en som kjenner personen med demens. Det er basert på observasjoner fra de siste fire ukene. Her vurderes seks områder av kognisjon, hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, kompleksitet i oppgaver, egenomsorg og funksjon utenfor hjemmet, på en fempunkts skala fra 0 = ingen svikt til 3 = alvorlig grad av demens.

Totalvurderingen kan gjøres som en sum av tallet som ble gitt for hvert av de seks områdene, eller som en totalvurdering. Totalvurderingen vil da være enten 0 (ingen demens), 0,5 (mild kognitiv svikt), 1 (mild demens), 2 (moderat demens) eller 3 (alvorlig demens). Utregningen er litt komplisert og kan gjøres ved hjelp av kalkulatorer på internett.

Sykepleieren bruker kunnskap om graden av demens når hun eller han planlegger kommunikasjon med og personsentrert omsorg for personen som har demens. Kunnskap og kompetanse personen har mistet, kan ikke stimuleres frem.

Ved å bruke ord som den andre ikke forstår, levere lange instruksjoner, flerleddede beskjeder eller stille spørsmål den andre ikke kan respondere på, kan en person med demens kjenne seg ydmyket og utenfor.

Prinsipper for kommunikasjon med personer som har demens, som realitetsorientering, validering og reminisens (se faktabokser), brukes som en del av personsentrert omsorg.

I de siste årene er det kommet flere praksismodeller for personsentrering, som inneholder støttende kommunikasjon, som Marte Meo, VIPS-modellen og Dementia Care Mapping.

## **Realitetsorientering**

Demens er svikt i hukommelse og flere andre kognitive funksjoner, som evne til orientering. Informasjon som eget navn, tid, sted og situasjon kan svikte helt eller delvis. Tidligere minner kan blandes med fakta fra nåtiden.

Realitetsorientering er å gi orientering om realitetene eller den virkeligheten som er nå. Eksempler kan være omsorgsteknologi som gir informasjon om dag og tid, en stor rød «T» for toalett utenpå toalettdøren eller en samtale om familiemedlemmer ved hjelp av bilder, der alderen til hver enkelt person er påført. Realitetsorientering er brukt positivt for å gjøre det lettere for personer som har demens eller annen kognitiv svikt, å orientere seg.

## **Reminisens**

Minnearbeid eller reminisens er en systematisk måte å innlemme tidligere opplevelser på i nåtiden. Noen har kalt reminisens for vareopptelling over livet. Ved å vekke gode minner og historier som personen med demens har opplevd, kan personens identitet styrkes. Minnene styrer kommunikasjonen, slik at personen får fortelle sin historie.

## Validering

Bekreftelse eller validering tar utgangspunkt i det som foregår akkurat nå. Opplevelsen til den andre blir bekreftet for å vise aksept og skape trygghet. Validering tar utgangspunkt i den følelsen personen med demens uttrykker, som glede eller gråt. Gjennom å bekrefte følelsen viser man empati, aksept og respekt for den andres opplevelse og for den andre som person.

## Hvordan brukes MOBID-2-smerteskalaen?

Her viser vi med tre caser hvordan MOBID-2-smerteskalaen brukes.

### Inger Lise (73) med mild grad av demens

Inger Lise er 73 år og bor alene i eget hjem. Hun har artrose og angst. Langtidsminnet hennes er godt, så hun kan fortelle lenge fra sitt voksne liv, men nyere hendelser blir vanskelige. Hun glemmer å spise, glemmer kaffetrakteren og glemmer at hun satte i gang vaskemaskinen.

Inger Lise fremstår som adekvat i samtale, men ved nærmere kjennskap forstår andre at demensen påvirker hennes daglige funksjon. Inger Lise har en mild grad av demens.

Inger Lise kan fortelle mye om sin egen smerte her og nå og kan i stor grad selvrapportere, som er gullstandard og det første en sykepleier legger til rette for, uansett grad av demens.

Utfordringene for henne er at hun ikke husker så godt fra de siste dagene. Hun er også redd for ikke å strekke til og blir urolig dersom hun mister oversikten over og kontrollen i en situasjon.

Når sykepleieren skal besøke Inger Lise og gjennomføre en smertevurdering, foregår den som en samtale mellom dem. Før gjennomføringen har Inger Lise fått en kort innføring om det som skal foregå. Sykepleieren forteller at de skal gjøre noen øvelser og snakke litt sammen, før hun forteller kort og konsist om hvorfor dette gjøres nå.

Smertevurdering kan være en undersøkelse av alle som sykepleieren har ansvaret for, som gjøres fast to ganger hvert år. Vurdering av smerte kan også være knyttet til en hendelse eller aktuell situasjon hos Inger Lise, som at hun har falt eller beklaget seg over magen, blitt mer urolig eller engstelig i det siste.

Inger Lise trenger støttende kommunikasjon om dette slik at hun ikke blir engstelig. I en samtale kan sykepleieren ta utgangspunkt i det vedkommende ser («jeg synes du går så mye frem og tilbake»), for så å fortsette med det vedkommende tror det kan skyldes, og bruke personlig pronomen («jeg er Morten sykepleier og vil undersøke om du, Inger Lise, har vondt») og avslutte med det konkrete som skal skje («nå skal vi to gjøre noen øvelser sammen»).

Her brukes orientering for å skape oversikt, men med enkle ord og én ting om gangen. Sykepleieren fortsetter med å gjøre de fem strukturerte øvelsene som undersøker smerte knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Sykepleieren spør underveis om det er vondt, eventuelt om det går greit. Det kan gjøre vondt, og da avsluttes øvelsen umiddelbart.

Inger Lise har en mild demens, så hun vil kunne følge instruksjoner. Dersom en person ikke forstår alle ordene som sykepleieren bruker, kan det være fint med litt hjelp med øvelsen og instruksjoner.

Fremfor å forklare verbalt hvordan øvelsen skal gjøres, kan sykepleieren heller demonstrere hvordan man åpner og lukker hender, strekker armen mot hodet og dermed først vise, for så å lede personen gjennom øvelsene.

En slik fremgangsmåte gir personen med demens mestring og hindrer at vedkommende blir urolig og engstelig dersom hun eller han ikke forstår. Det er fint med god tid, slik at det blir gitt én instruksjon om gangen og nok tid til å respondere.

Noen kan glemme hvorfor øvelsene gjøres, og bli engstelig for at de er veldig syke. Da er det fint med en validerende undertone. Du kan støtte personen ved å si at «jeg skjønner at du lurer på det», i tillegg til å gjøre det til noe allment: «Nå skal vi gjøre øvelser sammen, det gjør jeg med alle mine beboere/pasienter.»

Flere har gjort slike øvelser som en del av gymnastikken og trekkes inn i en reminisens til tidligere minner med liknende øvelser. Da er dette helt fint – de må ikke realitetsorienteres, slik at de blir minnet på at øvelsene gjennomføres for å undersøke smerte og sykdom.

Ønsket er at personen etterlates i en situasjon av ro og mestring. Men dersom personen undrer seg over hvorfor øvelsene gjennomføres, forklarer sykepleieren dette i et enkelt språk tilpasset personen.



## Vurdering av totalskår

Inger Lise skårer 5 på å åpne og lukke hender, 4 på å bevege skuldre, og 2 på ben. Når hun ledes til først å sette seg opp i sengen for å få en strekk i ryggen og så ut på siden, sier hun at det var godt med litt strekking. Hun har kjent artrose i fingre og skulder, så smerten her var kjent for pasienten og sykepleieren.

Likevel var smerten mer intens og vondere enn sykepleieren tidligere hadde antatt. Inger Lise bruker skulderen og hendene hele dagen i nesten alle aktiviteter, og derfor vurderer sykepleieren smerten som totalt sett en 5-er på skalaen fra 0–10.

Sykepleieren melder fra til legen via elektronisk melding, der han eller hun beskriver resultatet av kartleggingen.

## Andre kliniske vurderinger

Øvelsene, særlig de som gjøres i sengen, er fine å gjennomføre som del av morgenstellet. Men de *må* ikke gjøres da. Noen personer med demens kan undre seg veldig over hvorfor de skal tilbake i sengen, noen har en konkret rutine for når de skal stå opp, og noen trenger å bruke heis.

Sykepleieren kan ha god nytte av å tenke gjennom slike faktorer som en del av planleggingen før MOBID-2-smerteskalaen skal gjennomføres. Dersom en person trenger å bruke heis for å flytte seg til en stol, kan det være veldig slitsomt å bli lagt tilbake i sengen.

Da er det fint om øvelsene er gjennomført i sengen mellom stellet og før første mobilisering. For andre er det veldig forstyrrende å gjøre slike øvelser før dagen har tatt til, og det kan ødelegge gode rutiner.

## Bjarte (82) med moderat grad av demens

Bjarte er 82 og tidligere turner. Han er ennå sprek og aktiv fysisk, men er plaget av smerter i hodet og høyre skulder eller et hjerneslag. Bjarte er orientert for egne data og har mange ord intakt. Han er innforstått med sin egen svikt og nyttiggjør seg en del hjelpemidler for å orientere seg.

Ved direkte spørsmål uten å kunne se på Ipad-en vet han ikke tid, sted eller annet enn at han ikke bor hjemme fordi han husker dårlig. Godt innlærte aktiviteter som matsituasjon får han fint til, men han må veiledes i sammensatte oppgaver som å gå på toalettet. Bjarte har en moderat grad av demens.

Ved moderat demens kan lengre instruksjoner og mange beskjeder bli vanskelige å forstå. Noen har også latenstid og vil trenge en del tid fra de får et spørsmål eller en instruksjon til de har prosessert og kan respondere.



## «Ved moderat demens kan lengre instruksjoner og mange beskjeder bli vanskelige å forstå.»

Når sykepleieren har gjennomført MOBID-2-smerteskalaen, benytter han eller hun seg derfor av de viktigste ordene i hver setning for å gi forståelige instruksjoner og skape et godt klima for samarbeid. Selvrappert er fremdeles første steg.

Den kan være enklest å oppnå ved å gjennomføre hver øvelse med personen. Da kan du spørre om det går fint eller er vondt samtidig som du registrerer observasjoner av lyder eller endring i pust, ansiktsuttrykk og endring i atferd eller bevegelser der pasienten vil avverge, som å slå eller trekke seg bort.

Kommunikasjon med personer som har moderat grad av demens, krever mindre verbal instruksjon og mer demonstrasjon av øvelsene. Sykepleieren må vise og hjelpe med å utføre øvelsen fremfor å forvente respons på verbal instruksjon.

Det er viktig at ordene som brukes, dreier seg om det som foregår her og nå, og ikke løst prat om andre hendelser som har skjedd, eller skal foregå.

### **Vurdering av totalskår**

Det er ingen reaksjon når Bjartes venstre arm beveges, mens ved bevegelse i høyre arm kommer den bare halvveis opp før det er tydelig motstand, og han skjærer grimaser og stønner høyt. Sykepleieren tar armen ned med én gang, og reaksjonene opphører.

Bjarte blir spurt om det er smertefullt, og han sier «nei». Aktiviteten skåres til en intensitet på 8 på en skala fra 0–10 fordi han gir tydelig nonverbalt uttrykk for smerte, selv om han sier nei. I tillegg skåres Bjartes hodepine til en 7-er på en skala fra 0–10.

Sykepleieren synes det er fint at Bjarte har smerte på få lokalisasjoner, men er bekymret over hvor intens den er på disse to stedene. Totalskåren blir satt til en 7-er, og legen får umiddelbart beskjed.

## **Annen klinisk vurdering**

Sykepleieren kan gjerne planlegge grundig for å finne det perfekte tidspunktet. Et annet moment å vurdere er hvorvidt det er endringer i løpet av døgnet som man bør vurdere for å gi best mulig behandling.

Det kan tenkes at gjennomføringen av morgenstellet er så utfordrende at det vil være nødvendig med en smertestillende tablett før stell, mens dersom man bruker et plaster, vil det gi bivirkninger som svimmelhet, falltendens og somnolens resten av dagen.

Andre har noe vondt i all mobilisering, men med økende smerter mot kvelden. Da vil man kunne ha nytte av smertestillende plaster hele dagen, men med noe ekstra mot kvelden. Slike døgnvariasjoner krever døgnbasert observasjon.

## **Elise (65) med alvorlig grad av demens**

Elise er 65 år og har multippel sklerose (MS). Hun husker noen få ord, men bruker dem ikke rett i situasjoner. Når hun er begeistret over noe, kan hun rope ut sitt eget navn, men hun er ikke orientert for egen person. Elise trenger omfattende hjelp i alle situasjoner og har en langtkommen demens.

MOBID-2-smerteskalaen gjennomføres i sengen i et beroligende tempo. Hver øvelse gjøres sakte. Sykepleieren sier ord som «åpne og lukke hendene» samtidig som hun eller han gjør øvelsene for Elise.

Elise kan ikke følge instruksjoner og trenger hjelp til hver øvelse. Dersom Elise sier «au» eller gir annet uttrykk for at noe er smertefullt, skal hun bli trodd.

## **Vurdering av totalskår**

Elise er svært stiv i kroppen, og hun har kontrakturer i både ben og begge hender. Ingen bevegelser kan gjennomføres uten at Elise puster tungt og hurtig med oppsperrede øyne. Elise er stiv i hendene, men kan slå. Hun blir lett urolig. Hennes smerte vurderes til 8 av 10.

Etter oppstart med smertepaster i svært lav dose merker sykepleieren at Elise er litt mindre stiv, og at hun ikke lenger slår ved forflytning.

## Bruk ved agitasjon

Atferdssymptomer og nevropsykologiske symptomer, som å gå mye frem og tilbake, rope, hallusinere og ha forestillinger som ikke er reelle, kan være en følge av den skaden som er påført hjernen, og som har ført til demens. Samtidig kan slike symptomer og atferd skyldes udekkede behov som smerte.

Noen pasienter kan bli overstimulert av svært lite. En kartlegging med MOBID-2-smerteskalaen innbefatter å bli tatt på og gjerne ligge i ro over tid uten at pasienten forstår hvorfor. Når sykepleieren ikke kan gjennomføre MOBID-2-smerteskalaen fordi noen er veldig opprørt, psykotisk eller agitert, er observasjon fremdeles mulig.



### «Noen pasienter kan bli overstimulert av svært lite.»

Sykepleieren undersøker atferd som ansiktsuttrykk, lyder og kroppslig atferd inkludert avvergereaksjoner med vekt på endringer som forekommer i situasjoner som potensielt kan være smertefulle. Det kan være i tannpussen, det daglige stedet, ved påkledning eller ved bevegelse.

Denne observasjonen gjennomføres strukturert og systematisk, der sykepleieren vurderer åpne og lukkede hender når personen vasker seg eller spiser, eller bevegelsen med hofter og ben når pasienten reiser seg opp fra en stol.

I tillegg kan hun eller han se etter endringer i sosial interaksjon og gjøre en grundig vurdering av atferdssymptomer og nevropsykiatriske symptomer. Ved usikkerhet kan sykepleieren vurdere å gi en enkeltdose med smertestillende for å vurdere om smerte kan være årsaken til oppførselen.

## Referanser

1. Hadjistavropoulos T, Williams J, Kaasalainen S, Hunter PV, Savoie ML, Wickson-Griffiths A. Increasing the frequency and timeliness of pain assessment and management in long-term care: Knowledge transfer and sustained implementation. *Pain Res Manag.* 2016;2016:6493463.
2. Herr K, Zwakhalen S, Swafford K. Observation of pain in dementia. *Curr Alzheimer Res.* 2017;14(5):486–500.

3. Husebo BS, Ballard C, Aarsland D, Selbaek G, Slettebo DD, Gulla C, et al. The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: A randomized controlled trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):330–9.
4. Hadjistavropoulos T, MacNab Y, Lints-Martindale A, Martin R, Hadjistavropoulos H. Does routine pain assessment result in better care? *Pain Res Manag*. 2009;14(3):211–6.
5. Selbæk G, Vossius C, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet; 2015. Tilgjengelig fra: [https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC\\_Rapport\\_Kortversjon.pdf](https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Kortversjon.pdf) (nedlastet 25.02.2020).
6. Slagsvold B, Hansen T. Morgendagens eldre: Betydningen av økt utdanning for mental helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2017;54(1):36–45.
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo; 2017. IS-2658. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens> (nedlastet 05.02.2020).
8. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(4):230–50.
9. Herr K, Coyne PJ, Ely E, Gelinas C, Manworren RCB. Pain assessment in the patient unable to self-report: clinical practice recommendations in support of the ASPMN 2019 position statement. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(5):404–17.
10. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. 2014;13(12):1216–27.