

Hvordan identifisere og kartlegge smerter hos pasienter
med demens på langtidssykehjem
– et fagutviklingsprosjekt.

Kandidatnummer: 17
VID vitenskapelig høgskole
Haraldsplass

Prosjektplan
Videreutdanning i palliativ sykepleie
Kull: 2017 - 2019

Antall ord: 5902
12.04 2019



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 17
Navn på studiet: Videreutdanning i palliativ sykepleie
Navn på eksamen: Prosjektplan palliativ sykepleie
Emnekode: MA-EMNE3BPLA
Innleveringsfrist: 12.04.19 kl.12.00
Antall ord: 5902

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 17

Sammendrag

Som sykepleier på et langtidssykehjem med mange pasienter med demens, har jeg erfart hvor vanskelig det er å kunne gi god smertelindring til denne pasientgruppen. Mange har begrenset verbal evne til å uttrykke smerte, og det gir seg istedet utslag i endret atferd som kan være vanskelig å tolke som uttrykk for smerte, og som det kan være krevende for personalet å forholde seg til. Det er et klart behov for å høyne kompetansen for smerteidentifikasjon hos pasienter med demens. Forskningen som denne prosjektplanen tar utgangspunkt i, viser at pasienter med demens er underdiagnostisert på smerte.

Det finnes smertekartleggingsverktøy validert for pasienter med demens, men det er ikke i bruk hos oss. Dette tenkes nå innført, og det legges opp til undervisning med innleid foredragsholder og e- lærings kurs i smerter ved demens, samt innføring av smertekartleggingsverktøy.

Prosjektplanen er teoretisk forankret i Kari Martinsens omsorgsfilosofi, hvor hun tar opp omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske side. Hun tar opp det å kunne «lese» pasienten og være lydhør ovenfor den minste nyanse. En slik holdning hos sykepleier ser jeg på som en absolutt forutsetning for å kunne klare å identifisere smerter hos disse aller skrøpeligste av pasientene, de som ikke selv klarer å uttrykke sine behov.

Det legges også vekt på implementeringsteori etter PARiSH modellen

Nøkkelord:

Demens	Dementia
Smerter	Pain
Smertekartlegging	Pain assessment

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.2 Hva sier forskningen	6
1.2.1 Om søkeprosessen, forskningsartiklene og fagteori.....	6
1.2.2 Hvordan kan man identifisere smerte hos personer med demens?	6
1.2.3 Faktorer som hemmer of fremmer god smertelindring ved demens.....	9
1.2.4 Hva vet vi om identifisering og kartlegging av smerter ved uttalt demens?	10
1.3 Teoretisk perspektiv.....	11
1.3.1 Om å «lese» pasienten.....	11
1.3.2 Om implementering.....	11
1.4 Problemstilling.....	12
2 Metode og gjennomføring.....	14
2.1 Valg av kartleggingsverktøy.....	14
2.2 Metode for kompetanseheving og implementering.....	16
2.2.2 Implementering av MOBID 2	16
2.2.3 Prosjektledelse.....	17
2.3 Budsjett.....	18
2.4 Tidsramme	18
2.5 Etiske perspektiver.....	19
2.6 Evaluering.....	20
2.7 Drøfting av metode og gjennomføring.....	21
3 Videreformidling	22
Referanser.....	24
Vedlegg 1 Søkehistorikkskjema	27
Vedlegg 2 MOBID 2 skjema.....	28
Vedlegg 3 Doloplus 2 skjema.....	30

1 Innledning

Jeg bestemte meg tidlig på videreutdanningen i palliasjon for sykepleiere å skrive om smerteidentifikasjon og kartlegging for denne pasientgruppen. Det er et behov for å få satt dette i system for å sikre pasientene god smertelindring og god livskvalitet i den tiden de har foran seg.

Å identifisere smerte hos personer med demens har vist seg å være vanskelig og det krever god kompetanse hos helsepersonell. Min egen bakgrunn er fra et langtidssykehjem hvor svært mange har en demensdiagnose. Vi har en skjermet enhet på min avdeling. Flere ganger har vi opplevd pasienter som er svært urolige og verbalt eller fysisk utagerende og det har tatt oss for lang tid å klare å identifisere problemet deres som har vært smerter. De har ikke klart å uttrykke dette på en måte som gjør at de blir forstått og vi har måttet erkjenne at dette kan vi bli bedre på. Min arbeidsplass har som mange andre sykehjem i Norge en forholdsvis stor turnover blant sykepleiere. Vi har også ufaglærte som jobber hos oss. Det medfører varierende kompetanse i demensomsorg. I tillegg har vi et høyt tidspress.

En systematisk studie fra 2016, skriver at ca 60 % av pasienter i sykehjem har udiagnostisert og ubehandlet smerte. (Husebø, Achterberg & Flo, 2016, s. 481) Tallet er skremmende høyt. Den samme studien peker også på et økende forbruk av smertestillende blant disse pasientene, særlig i Skandinavia, noe som kan tyde på økende bevissthet om problemet. Studien er en systematisk oversiktsartikkel fra 2016, hvilket betyr at den systematisk oppsummerer forskning på dette gjort før 2016. Det er mulig tallet er lavere nå, men nøyaktig hvor mye lavere er ikke relevant for oppgaven, da det uansett vil være et problem at pasienter med demens ikke får tilfredsstillende smertelindring.

For å finne forskning til denne prosjektplanen har jeg søkt i databasene Cinahl, Medline og Swemed med søkeordene Palliative care/palliative nursing, dementia, pain, pain assessment, pain management og neuropsychiatric symptoms.

1.2 Hva sier forskningen?

1.2.1 Om søkeprosessen, forskningsartiklene og fagteori:

I søkeprosessen har jeg lagt vekt på å finne artikler som tar opp sammenheng mellom demens om smerter, hvordan dette kommer til uttrykk hos dem som ikke har språk til å uttrykke sin smerteopplevelse, hvordan det kan identifiseres og kartlegges og personalets utfordringer med dette. Det har ikke vært vanskelig å finne artikler om palliasjon til pasienter med demens, det er mitt inntrykk at det er forsket endel på dette de senere årene. Jeg har derfor valgt ut artikler som er nyest mulig, ikke eldre enn fem år og som er relevant for sykehjem i Norge, gjerne hvor forskningen har vært gjort i Norge, helt eller delvis. Søkeprosessen er nøyaktig gjort rede for i vedlegg 1.

1.2.2 Hvordan kan man identifisere smerte hos pasienter med demens?

Den første artikkelen som jeg har funnet på smerteidentifikasjon er en systematisk oversiktsartikkel publisert i 2015. (van Dalen-Kok et al, 2015, s. 2 - 18) Målet med studien er å undersøke styrken i forholdet mellom smerter og neuropsykiatriske symptomer. Artikkelen har sett på om det er en sammenheng mellom smerte, neuropsykiatriske symptomer som depressive symptomer, utagerende atferd, agitasjon og psykotiske symptomer og/eller fysisk funksjonsnivå hos dem med moderat til alvorlig demens, og er den første til å gi en systematisk og fullstendig oversikt over sammenheng mellom smerte og neuropsykiatriske symptomer og mellom smerte og fysisk funksjon hos personer med demens. Den finner størst sammenheng mellom smerte og depresjon, etterfulgt av smerte og agitasjon, men sier også at sammenhengen som er påvist er svakere enn det de forventet å finne på forhånd. Systematisk søk for denne oversiktsstudien fant 1091 unike artikler hvorav 22 tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det er interessant å merke seg her, at fordi om studien ble publisert i 2016, så ble søk for denne studien gjort i 2013. Artikkelen den bygger på er forholdsvis gamle. Flere av studiene bruker ikke-validerte metoder for å måle smerte hos pasienter med demens, tre av studiene brukte ingen kartleggingsskjema for å måle smerte, de hentet informasjon fra journalene og intervjuet helsepersonell og pårørende. (van Dalen-Kok et al, s 10.) Forfatterne peker på at da er faren tilstede for at smerteatferd ikke har blitt forstått som det, og istedet blir tillagt demenssykdom. Forfatterne viser til en studie fra 2005 (Shega, Hougham, Stocking,

Cox-Haley & Sachs, 2005.) som påviser at neuropsykiatriske symptomer i større grad blir identifisert som smerte av palliative sykepleiere enn av vanlige sykepleiere på en enhet.

En nyere artikkel fra 2018 som tar for seg forholdet mellom atferdsforstyrrelser og smerte hos sykehjemspasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt er en kvantitativ studie fra Polen. (Nowak, Neumann-Podczaska, Deskur-Smielecka, Styszynski & Wieczorowska-Tobis, 2018, s. 1045 - 1051). Studien er liten og omfatter sykehjemsbeboere som har moderat til alvorlig demens og hvor enten beboeren eller nærmeste pårørende har samtykket til deltakelse i studien. 96 sykehjemsbeboere deltok. Målet med denne studien var å måle bruk av smertestillende til sykehjemspasienter og å tegne linjene av sammenhengen mellom smerte og atferdsforstyrrelser. De har brukt et smertekartleggingsverktøy som er beregnet for pasienter som ikke selv kan artikulere sine behov for smertelindring, Abbey Pain Scale og de finner en klar sammenheng mellom atferdsforstyrrelser og smerte, $p < 0.0001$. Også denne artikkelen peker på vanskelighetene med å identifisere og kartlegge smerte hos pasienter med demens, da det ikke er nok å basere seg på informasjon fra pasienten men også i stor grad er avhengig av kompetansen til helsepersonell. Artikkelen peker på voksende bevismengde på sammenhengen mellom atferdsforstyrrelser og smerter hos denne pasientgruppen.

Artikkelen er et enkeltstudium, ingen systematisk oversikt, men den er av nyere dato. Forfatterne peker på at den kun gjelder 96 pasienter, men at den omhandler alle aktuelle pasienter på to sykehjem, de er ikke utvalgt utfra andre kriterier enn demensgrad.

Den tredje studien jeg har funnet som er relevant for smerteidentifikasjon er en cluster RCT studie fra Norge som har sett på hvilken effekt smertestillende har på stemningsleieforstyrrelser og ulike typer atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens på sykehjem. (Husebo, B. S., Ballard, C., Fritze, F., Sandvik, R. K., & Aarsland, D, 2014). Målet med studien var å undersøke effekten av trinnvis behandling med smertestillende på symptomene depresjon, apati, angst, irritabelhet, søvnforstyrrelser/nattlig aktivitet og spise-og appetittforstyrrelser. 940 pasienter ble screenet for deltakelse i prosjektet, 420 pasienter fra 18 sykehjem i Norge ble plukket ut utfra inklusjons og eksklusjonskriteriene. I løpet av perioden på 8 uker var det frafall på 20 pasienter i kontrollgruppen og 28 i intervensjonsgruppen. Det ble brukt egnede kartleggingsverktøy på alle symptomene. Studien viste betydelig effekt av smertestillende på alle de ovennevnte symptomer med unntak av irritabelhet og angst. Signifikans på de to sistnevnte symptomer var henholdsvis 0.092 og 0.125. Imidlertid hadde både kontrollgruppen og intervensjonsgruppen forbedrede scoringer på angst i løpet av

forskningsperioden. Forfatterne av studien stiller spørsmål ved om økt oppmerksomhet fra personal kan ha bedret resultatet. Studien var ikke blindet, kontrollgruppen mottok vanlig behandling. Utfra resultatene av denne studien peker forfatterne på behovet for dobbel blindete RTC studier.

Den fjerde artikkelen som omhandler smerteidentifikasjon hos pasienter med demens, er en systematisk oversikts artikkel fra 2016. Den baserer seg på artikler helt fram til 2014. (Husebo, Achterberg & Flo, 2016. s. 481 - 497).

Målet med denne studien var å identifisere studier som har undersøkt effekten av ulike typer smertestillende på smerteintensitet og smerteatferd på sykehjem og ved livets slutt. Artikkelen som studien bygger på bruker forskjellige kartleggingsverktøy, hvorav kun et er testet for bruk på pasienter med demens, nemlig MOBID -2. Studien peker på det som var problemet i den første artikkelen i denne oppgaven, problemet med å skille mellom atferd som skyldes smerte hos personer med demens og atferd som skyldes demenssykdommen i seg selv. Dette krever et kartleggingsverktøy som ikke bare stadfester tilstedeværelsen av smerte, men også angir smerteintensiteten. Et godt kartleggingsverktøy skal observere smertenivå gjennom aktiviteter i dagliglivet, evt ledede bevegelser, fordi smerteunngåelse kan kamuflere faktisk smerte. MOBID-2 møter dette kravet, det er også oversatt til norsk og et av to kartleggingsverktøy som anbefales i pensumlitteraturen. (Huurnink & Faksvåg Haugen, 2015, s. 686). Det understrekes i denne oversiktsstudien at det ikke finnes noen generell enighet internasjonalt om hvilket kartleggingsverktøy som egner seg best, og at det derfor anbefales å forholde seg til nasjonale helsemyndigheters råd og legge vekt på språk og hvor et verktøy er utviklet. (Husebo, Achterberg & Flo, 2016. s. 482).

Den femte studien er en kvalitativ studie fra Norge om helsepersonells opplevelser med å gi palliasjon til pasienter med demens på norske sykehjem. (Midtbust, Alnes, Gjengedal & Lykkeslet. 2018 A. s 1 – 9) Målet med denne studien er å utdype og forklare helsepersonells erfaringer med palliasjon til pasienter med alvorlig demens i sykehjem. De har brukt dybdeintervjuer med en fenomenologisk tilnærming. De intervjuet både sykepleiere og helsefagarbeidere, og de har funnet at helsepersonell finner det smertefullt å ha begrenset forståelse for pasientenes individuelle uttrykk når de ikke lenger er i stand til å si fra om egne behov. Flere oppgir en følelse av tilkortkommenhet og det understrekes nødvendigheten av å både ha god kjennskap til den enkelte pasient over tid, samt god kunnskap om både demens og smerter. Studien fokuserer på palliasjon generelt, ikke spesielt på smerter, og derfor er

heller ikke smertekartlegging et tema her, men beskrivelsene av vanskelighetene med å lese pasientene og identifisere smerter og ubehag er vesentlig. Studien peker på behovet for mer forskning på hva som hemmer og fremmer god palliasjon til demente.

1.2.3 Faktorer som hemmer og fremmer god smertelindring ved demens

Den sjette studien er en kvalitativ studie fra Norge om helsepersonells opplevelser av hva som hemmer og fremmer god palliasjon til pasienter med alvorlig demens. (Midtbust, Alnes, Gjengedal & Lykkeslet. 2018 B, s. 1 - 10). Også denne studien tar for seg både sykepleiere og helsefagarbeidere ved norske sykehjem. Målet med studien var å undersøke helsearbeideres opplevelser av hva som hemmer og fremmer god palliasjon til pasienter med alvorlig demens i langtids pleie institusjoner. Det er brukt fokusgruppeintervjuer for å komme i dybden på disse opplevelsene. Studien er ikke spesifikk på smerte, og det er hovedsakelig strukturelle barrierer som blir identifisert. Tidspress og økte krav til effektivitet går ut over de skrøpeligste pasientene, da god palliasjon krever både kompetanse og gode observasjoner. På tross av dette blir døende pasienter alltid prioritert høyt. Det ble pekt på forhåndssamtaler som bidrar til å fremme god palliasjon til denne pasientgruppen. Bruk av midlertidig arbeidskraft, samt flytting av skrøpelige og pleietrengende pasienter med demens over på annen enhet ble opplevd som hemmer av god palliasjon, da det hindret kontinuitet og planlegging.

Den siste studien er en kvalitativ studie og har som mål å identifisere faktorer som hemmer og fremmer kvalitetsforbedringer innen palliasjon innenfor kreft og demens. (Sommerbakk, Faksvåg Haugen, Tjora, Kaasa & Jensen Hjermsstad. 2016, s. 1 - 17). Studien er fra Norge og involverer personal fra forskjellige deler av helsevesenet innen palliasjon, også sykehjem. De har brukt enkle, doble og fokusgruppeintervjuer fra forskjellige deler av helsevesenet, to sykehus, et sykehjem og to enheter som i studien blir betegnet som «local medical centers». Aspekter som behandles er hva som skal til for å lykkes med det innovative i kompetansehevingsprosjektet, faktorer på det individuelle plan hos personalet, pasientsamarbeid, ledelse, det organisatoriske og finansielle og politiske strukturer. Studien peker på at det er et vidt spekter av hensyn å ta dersom man skal planlegge kompetansehevingsprosjekt i palliasjon. Det viktigste er å bruke kartleggingsverktøy beregnet

særlig på den pasientgruppen det skal brukes på. Flere informanter snakket om problemene med ESAS skjema når pasientene har uttalt grad av demens. Det ble ikke brukt MOBID-2. Studien fremhever også nødvendigheten av kompetanse i palliasjon.

1.2.4. Hva vet vi om identifisering og kartlegging av smerter ved uttalt demens?

Vi vet at pasienter med demens i norske langtidssykehjem er underdiagnostisert på smerter og at det er nødvendig og krevende å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Vi vet også at det er sammenheng mellom smerter og neuropsykiatriske symptomer. Den første oversiktsstudien som er presentert viser en viss sammenheng, og den andre studien viser en klar sammenheng. Studien er fra Polen, men jeg mener den er svært relevant allikevel, da problemer med å uttrykke smerte ved demens vil være like komplekst i Polen som her, samt at den er av nyere dato. Den tredje studien spesifiserer hvilke symptomer som kan ha effekt av smertestillende, og er derfor svært relevant på smerteidentifikasjon. Når slike symptomer oppstår er det nødvendig å undersøke om det kan være smerte. Artikkelen er svært viktig fordi den også måler effekten av atferdsendringer som er «fredelige» og som er lette å overse, som depresjon, apati nedsatt matlyst etc. Uten at slike symptomer spesifiserer, er det fare for at kun atferd som oppfattes som problematisk fører til spørsmål om smerte.

Vi vet også at smerteidentifikasjon er avhengig av et godt kartleggingsverktøy validert for akkurat disse pasientene og at det selvrappporterende ESAS-r skjema som ellers er standard innen palliasjon, ikke fungerer godt her. Den fjerde studien omhandler smertebehandling, og det faller utenfor rammen av denne prosjektplanen. Den er allikevel svært relevant pga smertekartleggingsverktøyet MOBID 2. I tillegg til kartleggingsverktøy vet vi at det er nødvendig med kompetanse i både demens og palliasjon hos personalet. Kompetanse og kartlegging bør gå hånd i hånd.

1.3 Teoretisk perspektiv

1.3.1 Om å «lese» pasienten:

Gjennom forskningsartiklene og egen yrkespraksis har jeg sett hvor viktig det er å kunne «lese» pasienten når de ikke selv er i stand til å uttrykke sine behov. Jeg har derfor valgt å legge vekt på Kari Martinsens omsorgsfilosofi og om nødvendigheten av at sykepleier er sansende og sårbart tilstede. Sykepleier observerer ikke bare, men sanser pasienten med en lyttende og mottagende holdning slik at alle nyanser oppfanges. Sykepleier er også følelsesmessig tilstede slik at pasientens opplevde situasjon og følelser treffer en klangbunn hos ham/henne og som sykepleier kan reagere på. Martinsen beskriver dette nærmest musikalsk hvor begge parter gir og tar, en kommunikasjon med finstemte nyanser som i et musikkstykke. (Martinsen, 2015, s 12 – 18)

Å være sansende og sårbart tilstede i møtet med pasienten er å respektere livet og gi rom for spontane opplevelser av det som binder livet sammen, det hellige, det som er urørlig og som vi ikke skal gripe inn i men som vi ofte overser dersom vi blir for gjøremålsorienterte. Vi blir berørt av det, og det er noe som skjer mellom mennesker. Det kan vise seg gjennom blikk, håndlag, etc. (Martinsen, 2018 s. 28 - 29). Det er det som løfter mennesker opp og gir verdighet.

Ifølge Martinsen har omsorg en praktisk, relasjonell og moralsk side. Hennes utgangspunkt er at mennesker er avhengige av hverandre og at denne gjensidige avhengigheten hjelper mennesker til å utvikle selvstendighet. Vi er henvist til å ta vare på hverandre. Det er her, i erkjennelsen av denne avhengigheten at det oppstår en moralsk forpliktelse til å hjelpe den annen når situasjonen krever det. Omsorg er relasjonell i sin essens, selv om det ytes gjennom praktisk handling. Det er i relasjonen til pasienten at sykepleier kan lytte og ta inn over seg det som pasienten uttrykker gjennom sin kropp, språk og atferd og samtidig kunne lytte til sin fagkunnskap. (Martinsen, 2005, s. 135 – 138)

1.3.2 Om implementering:

Jeg har valgt å legge vekt på implementeringsteori som bakgrunn for fagutviklingsprosjektplanen. Dette for å øke sjansen for at dette faktisk øker kompetansen hos personalet og blir fulgt opp over tid slik at det blir en måte å organisere arbeidet på. Kun da fører det til reell fagutvikling. Det er da en god del faktorer som bør tas i betraktning og det er utviklet modeller for implementering som sikrer at kritiske faktorer vektlegges. Jeg har valgt å legge vekt på PARiHS modellen (Promoting Action on Research Implementation in Health Services). Den beskriver tre faktorer som må vurderes for at implementeringen skal bli vellykket: Den første er at det som skal implementeres framstår fornuftig for dem som er en del av prosjektet, det må oppfattes som evident. Det bør være i tråd med erfaringsbasert kunnskap, konsensus i fagmiljøene, klinisk skjønn i tillegg til forskningsbasert evidens Dette har med motivasjon og engasjement å gjøre. Det andre er kvaliteter i organisasjonen og omgivelsene. Det vil si kompetansen blant personal, både den formelle og uformelle, stabiliteten i personalgruppen, dvs. hvorvidt det er stor turnover, mange deltidsstillinger etc., økonomiske hensyn/budsjetter, kulturen på arbeidsplassen for ny læring, motivasjon blant personal, fysiske forhold på arbeidsplassen etc. Fagutviklingsprosjektet må tilpasses disse forholdene slik de er på den aktuelle arbeidsplassen og prosjektet må vurderes opp mot disse.

Det tredje punktet er selve fasiliteringsprosessen. Det pekes her på betydningen av personer i tilretteleggingsrolle som sikrer oppfølging over tid. En fagutviklingssykepleier eller annen ressursperson som kan ha en fasilitorrolle for prosjektet er av betydning, også god ledelsesforankring er viktig. Andre faktorer som styrker fasiliteringsprosessen nevnes læringsnettverk og personlig motivasjon hos fasilikator og andre kjernepersoner i prosjektet. (Førland, 2014, s. 238 – 240).

1.4 Problemstilling

På min arbeidsplass har vi erfaring med at det er vanskelig å identifisere smerte hos pasienter med demens, da de ikke kan selv rangere sin smerte, kanskje ikke engang identifisere at de

har smerter, flere har ikke engang språk til å uttrykke det. Problemstillingen blir derfor «Hvordan identifisere og kartlegge smerter hos pasienter med demens på langtidspsykehjem?»

Hensikten med denne prosjektplanen er å heve kompetansen i smertevurdering hos pasienter med demens og å innføre smertekartleggingsverktøy tilpasset denne gruppen pasienter.

Jeg tenker at dette fagutviklingsprosjektet må inkludere både sykepleiere og helsefagarbeidere, da de sistnevnte ofte er nærmere pasientene og de som ofte gjør førstehåndsobservasjoner på et sykehjem. Jeg tenker videre at prosjektet inkluderer hele sykehjemmet fra starten, da det er et lite sykehjem. Det er fundamentalt at ledelsen også blir involvert, da ledelsesforankring er viktig for at et prosjekt skal være vellykket. Det skal foretas valg av kartleggings skjema og det skal etableres rutiner for når dette skal brukes, dette krever ledelse.

Prosjektplanen vil fokusere på pasienter med alle typer demens, da det er den kognitive svikten som er problemet i forhold til smerteidentifikasjon, ikke den enkelte sykdom. Men jeg vil avgrense til å gjelde dem med moderat til alvorlig demens. Jeg tenker at dem med mild demens vil kunne selv rangere sin smerte under samtale med personal.

I årene fremover vil det i økende grad bli behov for kunnskap om palliasjon til personer med demens, da det er økende antall mennesker i landet som er i ferd med å bli gamle.

Levealderen øker og det vil antagelig bety flere med demens. Dersom vi skal klare å gi dem en god og verdig alderdom med demens, så må vi ha kompetanse på demens og smerter. God smertelindring ligger i bunnen og er nødvendig for at vi skal klare å legge liv til dagene ved siste del av livet.

2 Metode og gjennomføring

2.1 Valg av kartleggingsverktøy.

Det er to kartleggingsverktøy som er anbefalt i pensumlitteraturen, det er DOLOPLUS – 2 (vedlegg 3) og MOBID 2 (Vedlegg 2). (Huurnink & Faksvåg Haugen, 2015, s. 686). Begge disse er validerte. Begge disse er basert på observasjoner av helsepersonell som utfører. Det er videre anbefalt å legge vekt på hvor et verktøy er utarbeidet. (Husebo et al, 2016. s. 482). MOBID 2 er utviklet av norske forskere. (Husebo, 2008). Ingen av skjemaene er brukt på min arbeidsplass, men ved palliativ sengepost på nærmeste sykehus, brukes MOBID 2 dersom man skal kartlegge smerte hos pasienter med kognitiv svikt. MOBID 2 er brukt ved flere sykehjem som jeg kjenner til og jeg tenker da at det vil være lettere å implementere et verktøy som det er større sannsynlighet for at personal har hørt om og som er kjent i fagmiljøet. Dette styrker opplevelsen av evidens som er en av tre faktorer som bør være tilstede for at implementeringen skal være vellykket, som beskrevet under kapittel 1.3.2. Det nasjonale kompetansesenteret Aldring og Helse» bruker MOBID 2 i sitt e-læringskurs om palliasjon og demens. (Sykehuset i Vestfold & Oslo Universitetssykehus, 2019). Det er min oppfatning at MOBID 2 er mer systematisk på bevegelsesorientert smerte, da pasienten blir ledet gjennom faste bevegelser som skal dekke hele kroppen, inkludert indre organer, og dermed ikke så lett kan unngå bevegelser som fører til smerte. Dette sikrer en mer realistisk smertevurdering. Disse momentene gjør at mitt valg faller på MOBID 2.

2.2. Metode for kompetanseheving og implementering:

Vi har hittil sett at både kompetanse på hvordan smerte uttrykker seg hos pasienter med demens og bruk av kartleggingsverktøy er sentralt for god smertelindring til denne pasientgruppen. Prosjektet går derfor ut på å heve kompetansen til personalet i smerteatferd

hos pasienter med demens og implementere kartleggingsverktøyet MOBID 2. Jeg har valgt å fokusere på både helsefagarbeidere og sykepleiere, da det i mitt sykehjem er et flertall av helsefagarbeidere og de er ofte mer i direkte pasientkontakt og dermed nærmere til å gjøre førstehåndsobservasjoner av smerteatferd. Helsefagarbeidergruppen er også mer stabil som personalgruppe, da det er mangel på sykepleiere og det er endel innleie fra vikarbyrå på kontinuerlig basis.

2.2.1 Undervisning

Det er nødvendig med undervisning av personal i smerteidentifikasjon hos pasienter med demens, smerteatferd og MOBID 2. Den siste studien nevnt under punkt 1.2 påpeker betydningen av å involvere personalet på et tidlig tidspunkt. (Sommerbakk et al, 2016 s. 9). Kunnskap vil gjøre det lettere for personal å se fornuften i innføringen av et nytt kartleggingsverktøy, samt at kunnskap er nødvendig for å bruke dette. Det vil derfor bli tatt opp og informert om på allmøte, på vår arbeidsplass har vi dette en gang pr måned. Da vil det bli gitt anledning til spørsmål og deling av erfaringer.

Dernest vil jeg legge opp undervisningen i en to – gang. Dette vil jeg gjøre av flere årsaker. For det første sikrer gjentagelse av informasjon at den blir bedre husket og forstått, for det andre har vi varierende grad av kompetanse på min arbeidsplass. Vi har mange ansatte med helseutdanning fra svært mange land, mange fra land hvor demens ikke er så vanlig fordi levealderen er for lav. Eller der de som har demens blir gitt pleie og omsorg i hjemmet av nære slektninger fordi det ikke er sykehjem eller fordi det ikke er kulturelt akseptabelt å sende sine gamle foreldre på sykehjem. Mine medarbeidere med utdanning fra land der det er slik, sier at de ikke har hatt undervisning i demens i sin utdanning. Da har de heller ikke faglig grunnlag for å indentifisere smerteuttrykk hos dem med demens. I tillegg har de ikke norsk som sitt morsmål og kan derfor ha språklige problemer med å forstå. Utfra dette tenkte jeg først å bruke kompetansesenteret Aldring og Helse sitt e-læringskurs i palliasjon og demens. (Sykehuset i Vestfold & Oslo Universitetssykehus, 2019). Dette kurset omhandler mer enn bare smerter, men det omhandler også smerter, samt at det gir undervisning i bruk av MOBID 2. Fordelen med et E-læringskurs først, er at dette kan tas i individuelt tempo, slik at de som

sliter med språk eller utilstrekkelig faglig bakgrunn har mulighet til å bruke lenger tid og enn dem som føler at dette går greit.

Når e-læringskurset er gjennomført, ønsker jeg å leie inn ekstern foredragsholder, fordi jeg tenker betydning av gjentakelse, mulighet for og faglig nok grunnlag for å stille spørsmål samt å bli «smittet» av engasjement. Vi har flere aktuelle med høy kompetanse og stort engasjement på feltet i vår kommune. Vi har et kommunalt palliativt team som har som hovedmål å høyne kompetansen på palliasjon i kommunen, så jeg tenker at dette skal vi klare. Dersom det mot formodning skulle bli vanskelig, så kan jeg ta undervisningen selv med vekt på smerte, smerteidentifikasjon hos pasienter med demens, typisk smerteatferd og kartlegging med MOBID 2 skjema basert på forskningsartiklene i punkt 1.2. Jeg tenker at etter fagdager samt gjennomført e-læringskurs skal personal ha tilegnet seg kunnskap om identifikasjon av smerte hos pasienter med demens.

Vi har hatt fagdager før på vår arbeidsplass, og da har de vært organisert to ganger for å sikre at hele personalet får være med. Vi har erfaring med både to halve dager og to hele dager. Vi har også erfaring med å legge fagdager til en – to timer rett før vaktskiftet, slik at kveldsvakt kommer litt tidlig den dagen. Dette har egnet seg for mindre temaer, jeg tenker at smertekartlegging ved demens er best egnet ved to halve fagdager. Da har vi rom for både undervisning med spørsmål og refleksjoner over egne erfaringer. Innkalling til fagdager vil bli sendt på mail, samt at det vil bli hengt oppslag på vaktrom, kantine og garderobes ca to uker i forveien.

2.2.2 Implementering av MOBID 2

Vi har hatt erfaring med at nye pasienter kommer til oss med en allerede etablert, men udiagnostisert smertetilstand. Jeg tenker at dette er viktig å få identifisert tidligst mulig, da smerter i tillegg til skifte av bosted kan gjøre det ekstra vanskelig for nye pasienter. Det er da naturlig å få på plass rutine for bruk av MOBID 2 skjema ved innkomst, for alle på skjermet enhet og for dem med moderat til alvorlig kognitiv svikt på vanlig langtidsavdeling. Dette bør inn i sjekklisten som skal fylles ut i løpet av den første uken etter innkomst. Ut fra resultatet på MOBID 2 må en vurdere videre. Ved igangsetting eller økning av smertebehandling, skal

effekten alltid evalueres med MOBID 2. Ved endret atferd som kan tyde på smerter utfra hva som er beskrevet av neuropsykiatriske symptomer i forskningen presentert, bør smertekartlegging alltid utføres, samt ved endring i helsetilstand. Jeg tenker her at personal vil bli i stand til å utøve faglig skjønn for når MOBID 2 kan utføres. Det er det som er hensikten med undervisningen. Implementeringen av MOBID 2 bør starte umiddelbart etter undervisningen, da er kunnskapen ferskest.

Vi har på vårt sykehjem risikotavler og tavlemøter tre ganger per uke. Dette er etter anbefaling på Pasientsikkerhetskampanjen (Helsedirektoratet 2016). Formålet med risikotavle og tavlemøter er å identifisere risikoområder på avdelingen/arbeidsstedet i forhold til pasientbehandlingen og systematisk ta disse opp til tverrfaglig diskusjon blant personalet. Per i dag har vi ikke smerter som eget risikoområde på tavlen, men det ønsker jeg at vi skal ha når vi starter med dette prosjektet. Det hadde sikret god oppfølging av smertekartlegging. Vi har god erfaring med at andre risikoområder, som fall, trykksår, ernæring etc blir fulgt godt opp når det blir endel av risikotavlen.

I forkant av undervisningen tenker jeg at det blir gjort tilgjengelig papirkopier av MOBID 2 skjema på vaktrommet, tilgjengelighet bidrar til bedre oppfølging (Sommerbakk et al. S. 5).

2.2.3 Prosjektledelse

Prosjektleders rolle blir å organisere internundervisningen, leie inn foredragsholder og finne case til refleksjon i etterkant av undervisningen i samarbeid med foredragsholder. Prosjektet er nødt til å ha ledelsesforankring dersom det skal lykkes, og da tenker jeg at prosjektleder må ha godt samarbeid med ledelsen om å planlegge frikjøp av personal til e-læringskurs og til undervisning. Prosjektleder skal også i samarbeid med ledelsen har oversikt antall ansatte som har tatt e-læringskurset, samt følge opp evaluering av prosjektet.

Prosjektleder bør også ha et godt samarbeid med sykehjemslege om dette prosjektet, da det vil bidra til økt oppfølging hvis lege etterspør resultat på MOBID 2 kartlegging dersom pasienter trenger oppstart eller endring i smertestillende. Prosjektleder bør kalle inn til felles møter med ledelsen og lege om dette.

En god prosjektledelse er nødvendig for at implementeringen av prosjektet skal lykkes, det er det tredje punktet i PARiSH modellen som omtalt under punkt 1.3. Betydningen av en lokal ressursperson med engasjement for fagfeltet og som er tilgjengelig er uvurderlig for gjennomføringen av et slikt prosjekt. Dette understrekes også av forskning (Sommerbakk et al. S. 10).

2.3. Budsjett

Veldig mye av det som skal gjøres kan gjøres innenfor vanlig arbeidsdag. Det som koster er innleie av foredragsholder, frikjøp av personal til undervisning og e-læringskurs samt administrative dager til prosjektleder for å planlegge undervisning. Antagelig vil det dreie seg om en administrativ dag før oppstart av prosjektet og to halve dager til evaluering. Det er ingen materialkostnader utover kopipapir. Internundervisning legges til arbeidsplassen, da vi har utmerkete lokaler til det. Lunsj til personal på internundervisning bør påregnes. Vi har eget kjøkken på sykehjemmet, og det blir ofte laget lunsj til personal dersom det er undervisning en halv eller en hel dag. Det viser at den innsatsen personal gjør og den kompetansen de skaffer seg blir satt pris på. Jeg tenker at det er viktig.

Møter mellom prosjektleder, ledelse og lege kan legges til et allerede eksisterende kvalitetsråd med møte en gang pr måned.

2.4. Tidsramme

Prosjektet vil starte med at prosjektleder forsøker å få på plass ledelses- og legeforankring gjennom et møte. Jeg tenker at det er at naturlig prosjektet informeres om på førstkommende avdelingsmøte etter første prosjektmøte, referat vil bli sendt på mail til dem som ikke er tilstede. Videre tenker jeg utfra tidligere erfaring med e-læring, at et estimat på ca 2 måneder til alle har fullført e-læringskurset er realistisk. Det kan da planlegges internundervisning etter

2 – 3 måneder. MOBID 2 kartlegging vil startes umiddelbart etter dette. Etter et halvt år fra e-læring startet er det naturlig med evaluering, og dernest siste gang etter ca 12 måneder. Da tenker jeg at dette er såpass innarbeidet at nye medarbeidere vil kunne lære av dem som allerede har fått grundig opplæring i dette.

2.5 Etiske perspektiver:

Virksomhetsleder ved min arbeidsplass er informert om prosjektet og har uttrykt ønske om å vurdere å iverksette dette. Iverksettelsen av prosjektet er avhengig av ledelsens godkjenning. Det er et kompetansehevingsprosjekt, og krever ingen særskilte tillatelser utover arbeidsstedets godkjenning.

Ifølge Kari Martinsen har omsorg en relasjonell, en moralsk og en praktisk side. (Martinsen, 2005, s. 135 – 138). Etikken er ikke atskilt, men utspiller seg i situasjonen. (Martinsen, 2015, s. 46.) Det bygger på erkjennelsen av at vi alle er avhengige av hverandre. Martinsen bygger sin omsorgsfilosofi på den danske teologen Eiler Løgstrups tenkning omkring det han kaller de suverene livsytringer. Med dette menes tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse. De binder livet sammen i relasjonene mellom mennesker, de er suverene og spontane og kommer til uttrykk i møtet med et menneske som trenger vår omsorg og hjelp, dersom de ikke er avlærte. (Martinsen, 2015, s. 48). Martinsens menneskesyn innebærer at vi ikke er mindre verd dersom man er avhengig av andres hjelp, vi har alle en iboende verdighet i kraft av at vi er mennesker og i erkjennelsen av at vi er gjensidig avhengig av hverandre.

Pasienter med moderat til alvorlig demens er ofte ikke engang i stand til å uttrykke smerte på en adekvat verbal måte, langt mindre administrere sine medikamenter selv. Det gjør dem til en svært sårbar gruppe mennesker som er helt prisgitt helsepersonalets kompetanse, både relasjonskompetansen og palliativ kompetanse. (Midtbust et al., 2018, s. 2). Det krever at sykepleier «leser» pasienten som beskrevet under punkt 1.3.1. At han/hun er sansende og sårbart tilstede og lytter til både pasienten og sin fagkunnskap, og at hun utfra dette evner å hjelpe på en praktisk måte. Kartlegging av smerter gjennom MOBID 2 og med påfølgende behandling av smertene er en slik måte å hjelpe på. Smerter er lidelse, og barmhjertighet og

medfølelse krever at sykepleier gjør noe for å avhjelpe dette. MOBID 2 trenger ikke innebære ulempe for pasientene utover at bevegelsene kan trigge smerte som de ellers muligens ville unngått ved å begrense bevegelsene. Denne smertefremprovokasjonen vil imidlertid føre til økt smertelindring slik at de får økt livskvalitet.

NSFs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at «Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død.» (Norsk Sykepleierforbund 2011, s. 5)

Ved god smertelindring vil vi bli bedre i stand til å legge liv til dagene for de aller skrøpeligste på sykehjem.

2.6 Evaluering.

Vi har flere ganger vært med i prosjekter, og siste store prosjekt vi var med i var et pilotprosjekt i regi av helsedirektoratet. Det inkluderte også kompetanseheving i form av undervisning og innføring av kartleggingsskjema. Vi brukte risikotavlen vår som nevnt under punkt 2.2.3 som et meget godt utgangspunkt for evaluering. Risikotavle har en vannrett linje øverst hvor de identifiserte risikoområdene står, og en loddrett linje nedover på venstre side hvor pasientenes romnumre står. Dersom spørsmål om smerter kommer som eget risikopunkt på tavlen, vil det kunne skrives hvilke av pasientene som har smerter, hvem som har fått utført MOBID 2 kartlegging og hvem som ikke har. Det er lett å regne prosent av disse tallene. I praksis vil dette bli evaluert ved hvert tavlemøte, som vi har 3 ganger pr uke. Vi går da gjennom pasientene og de som mangler noe blir fulgt opp på det. I tillegg vil prosjektleder gå gjennom alle ca et halvt år og et år etter at prosjektet ble startet opp. Hvem uttrykker/ har uttrykt atferd som kan tyde på smerter, og hvor stor prosent av disse har blitt kartlagt med MOBID 2 skjema i løpet av prosjektperioden?

2.7 Drøfting av metode og gjennomføring

Mitt sykehjem er presset på økonomi, og bemanningen er lav. Arbeidspresset på personalet er stort. Det er derfor viktig å legge vekt på at prosjektet skal øke kompetansen, ikke arbeidsmengden. Personalet er tross alt den viktigste ressursen vi har. I følge forskningen er det betydelige utfordringer for personal med udiagnostisert smerte hos pasienter med demens. Både i form av følelsesmessig frustrasjon over å ikke klare og forstå og å hjelpe, samt i å skulle håndtere de atferdsutfordringene som udiagnostisert smerte fører med seg. (Midtbust et al, 2018 A). Dette er noe jeg kan kjenne igjen ved mitt sykehjem, og jeg tror derfor at prosjektet ikke vil bli et merarbeid, men faktisk lette arbeidshverdagen til personalet. Utfordringen blir om det vil bli kommunisert godt nok. Her har prosjektleder en rolle med formidlingen av prosjektet og fasiliteringsprosessen. Prosjektleder er selv en del av bemanningen og vet hvor skoen trykker, samtidig som det er engasjement for prosjektet. Det berører punkt tre i PARiSH modellen som nevnt under punkt 1.3 og som har innvirkning på hvor vellykket gjennomføringen blir. (Førland, 2014, s. 238 – 240). Det er også en risiko for at smerteatferd som fremstår som fredelig for personal, som tilbaketrekning, apati, etc. ikke oppdages når arbeidspresset er stort. Dersom vi får til et eget punkt med smerter på risikotavlen, vil den som leder tavlemøtet kunne gå systematisk gjennom de neuropsykiatriske symptomene som kan tyde på smerter og stille spørsmål om disse er tilstede. Det er alltid en kjent person som leder tavlemøtet. Det er ingen garanti for at alle smertetilstander vil bli oppdaget, men det vil være en klar forbedring i kvalitet utfra dagens nivå. Prosjektet er økonomisk overkommelig, og jeg tenker at det er realistisk og gjennomførbart.

3 Videreformidling

Den demografiske utviklingen går mot en større andel eldre i samfunnet, og da som en naturlig følge også en større andel personer med demens. (NOU 2017-16 s 41). Skriver om demens at: «det er et stort potensial i å utvide det palliative tjenestetilbudet til denne pasientgruppen». Prosjektet er svært aktuelt, og dersom det blir vellykket tenker jeg at dette kan videreformidles andre sykehjem i kommunen, eventuelt også hjemmebaserte tjenester. Jeg tenker da å presentere prosjektplanen og resultatene for USHT, Utviklingscenter for Sykehjem og Hjemmetjenester, da deres mandat er å bidra til faglig utvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2019)

Det kan også være aktuelt å ta prosjektet opp i kompetansesenter for palliasjon- og kreftomsorg. Undertegnede er med i dette nettverket, og det vil derfor være naturlig et naturlig sted å videreformidle prosjektet. Det er mange ressursykepleiere fra sykehjem og hjemmetjeneste her som har uttrykt et opplevd problem med smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens og som vil ha nytte av erfaringer med implementering av dette prosjektet.

Referanser:

Den norske legeforening (u.å.). *DOLOPLUS 2*. Hentet 04. april 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/162ee24c666342c9a3636622b8182334/doloplus.pdf>

Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Haugan, Gøril & Rannestad, Toril, (Red). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 225 – 240). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Helsedirektoratet (2016). Pasientsikkerhetskampanjen. Hentet 13.03.19 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3978/risikotavle>

Helsedirektoratet (2015). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet 02. mars 2019 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Husebo, B. S. (2008). *Assessment of Pain in Patients with Dementia: Development of a Staff-Administered Behavioural Pain Assessment Tool*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet I Bergen. Hentet fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3159/Dr.Thesis_Betina_%20Husebo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Husebo, B. S., Achterberg, W. og Flo, E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer´s Disease and Other Types of Dementia: A systematic review. *CNS Drugs; Auckland*. Vol. 30(6), 481 – 497. DOI: 10.1007/s40263-016-0342-7

Husebo, B. S., Ostelo, R. & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*. 2014. Vol. 18 (10), 1419 – 1430. DOI: 10.1002/ejp.507.

Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R. K. & Aarsland, D. (2014). Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014 (29), 828 – 836.

Huurnink, Art & Faksvåg, Dagny Haugen. (2015). Palliasjon til personer med demens. I Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3. utgave, s. 672 – 702). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, Kari. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS

Martinsen, Kari. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Akribe AS

Martinsen, Kari. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E. Og Lykkeslet, E. (2018 A). A painful experience of limited understanding: healthcare professionals 'experiences with palliative care of people with dementia in Norwegian nursing homes. (2018). *BMC Palliative Care* 2018 17:25 1-9. <http://doi.org/10.1186/s12904-018-0282-8>

Midtbust, M.H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., og Lykkeslet, E. (2018 B). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals 'experiences. *BMC Health Services Research* 2018 18:709, s. 1 - 10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>

Norsk Sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Smielecka, E., Styszynski, A. og Wiczorowska-Tobis, K. (2018). *Clinical Interventions in Aging* 2018, (13): s. 1045 – 1051. Doi: <https://dx.doi.org/10.2147%2FCIA.S157246>

NOU 2017:16. (2017) *På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. (2005). Factors associated with self- and caregiver report of pain among community-dwelling persons with dementia. *Journal of Palliative Medicine*. 2005, 8(3), 567–75. DOI: 10.1089/jpm.2005.8.567

Sommerbakk, R., Haugen, D. F., Tjora, A., Kaasa, S. og Hjerme stad, M. J. (2016). Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway. *BMC Palliative care* 2016 15:61. 1 – 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0132-5>

Sykehuset i Vestfold & Oslo Universitetssykehus (u.å.). Aldring og Helse. Hentet 12. mars 2019 fra <https://www.aldringoghelse.no/elearning/>

Utviklings senter for sykehjem og hjemmetjenester (u.å.). Utviklings senter for sykehjem og hjemmetjenester. Hentet 20. mars 2019 fra <http://www.utviklings senter.no/om-oss.486200.no.html>

Universitetet i Bergen, (u.å.) *MOBID 2 – Mobilisation – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia*. Hentet 04. April 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/478e85c05e654494896c9d78110ae963/mobid2.pdf>

Van Dalen-kok, A., Pieper, Marjorie J.C., de Waal, Margot W. M., Lukas, A., Husebo, B. S. og Achterberg, W. P. (2015) Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function I dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2015 15: 109. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0048-6>

Søkehistorikk:

Problemstilling: Hvordan identifisere og kartlegge smerter hos pasienter med demens på langtidsykehjem?.....

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søk- nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
SveMed+	1	Pain assessment + dementia	27	4 treff de siste 5 år . Interessante funn
	2	Pain Management + dementia	10	3 treff siste 5 år
	3	Dementia + palliative care + nursing homes	6	3 treff siste 5 år
	4	Pain + dementia neuropsychiatric symptoms	0	
Medline	1	Pain assessment + dementia	321	Begrenset til siste fem år. Flere artikler funnet på dette søket.
	2	Pain management + dementia	11924	Altfor mange treff. Ser igjennom de første to sidene, da det er sortert etter nyeste og finner en artikkel her.
	3	Dementia + palliative care + nursing homes	106	Flere funn
	4	Pain+dementia + neuropsychiatric symptoms	41	En systematic review fra Norge funnet her.
Cinahl	1	Pain assessment + dementia	112	En artikkel funnet på dette søket
	2	Pain management + dementia	119	
	3	Dementia + palliative care + nursing homes	114	To artikler funnet her
	4	Pain + dementia + neuropsychiatric symptoms	26	En artikkel funnet her

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tid: _____

Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Smerteintensitet

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergeresjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergeresjon
«Aui»	Grimaserer	Stivner
Slårner	Ryker pannen	Beskytter seg
Yrker seg	Strammer munnen	Skyver fra seg
Disper	Lukker øynene	Endringer i pust
Skrirer		Krymper seg

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

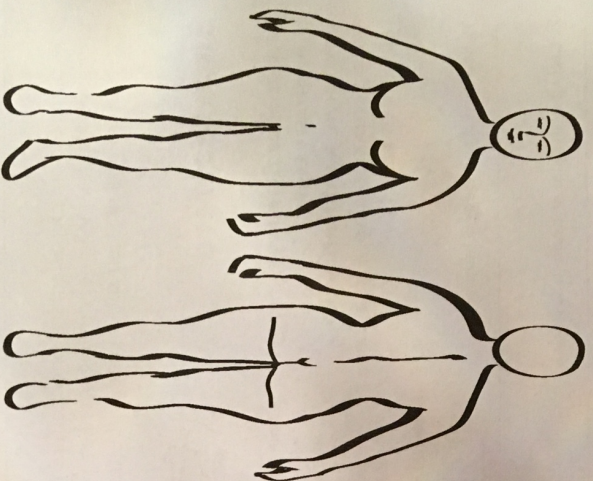
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTENE FOR DINE OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt.
Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd
(smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergerreaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd;
tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss
på linjen 0-10

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

6. Hode, munn, hals

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage – øvre del

9. Bekken, mage – nedre del

10. Hud, infeksjon, sår

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
Senternummer:	Pasientnummer:	Dato:			
SOMATISKE REAKSJONER					
1. Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykkløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOMOTORISKE REAKSJONER					
6. Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt) - aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre - aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre) - umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Forflytning	- forflytter seg som vanlig - lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius) - sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig) - forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvisning av all kommunikasjon	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.) - deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse - nekter av og til å delta i aktiviteter - avstår fra all sosial aktivitet	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
TOTALT					

DOLOPLUS SKALA NØKKELORD

Klager

Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppsspråk (tegn/mimikk), utrop, gråt, stønning og/eller jamring.

Smertelindrende stillinger

Uvanlig kroppsstilling for å unngå eller lindre smerte.

Beskyttelse av smertefulle områder

Pasienten beskytter én eller flere deler av kroppen ved å innta en forsvarsposisjon og/eller ved beskyttende/avvergende bevegelser. Ikke skår hvis du mistenker at det er angst som utløser atferden. Mange demente vil beskytte seg når de ikke forstår hva som skal skje og dette skal ikke skåres.

Ansiktsuttrykk

Ansiktet uttrykker smerte ved grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykksløst) og ved blick (stirrende, fraværende, tårefylt, bedende, sint, desperat, engstelig eller fortvilet). Noen demente har vedvarende uttrykksløst ansikt som en konsekvens av sin demens, se derfor etter forandringer i forhold til det normale for pasienten når du skårer.

Forespørsel/Kontakt/Undersøkelse

Alle former for konfrontasjoner; undersøkelse, tilnærming (innblanding), henvendelser, omtanke, behandling og stell.

Stell/påkledning

Vurdering av smerte under stell (eventuelt toalettbesøk) og/eller påkledning alene eller ved hjelp.

Bevegelser

Vurdering av smerte ved bevegelser; endring av stilling/posisjon, forflytning, gange; alene eller ved hjelp.

Kommunikasjon

Verbal eller nonverbal. Se etter forandringer fra pasientens normale kommunikasjonsmønstre.

Sosial aktivitet

Måltider, tilstelninger, aktiviteter, terapeutisk behandling og besøk.

Atferdsproblemer

Aggressivitet, uro (rastløshet), forvirring, likegyldighet, regresjon, spørsmål om aktiv dødshjelp osv. Se spesielt etter forandringer i normale atferdsmønstre som kan skyldes smerte.