

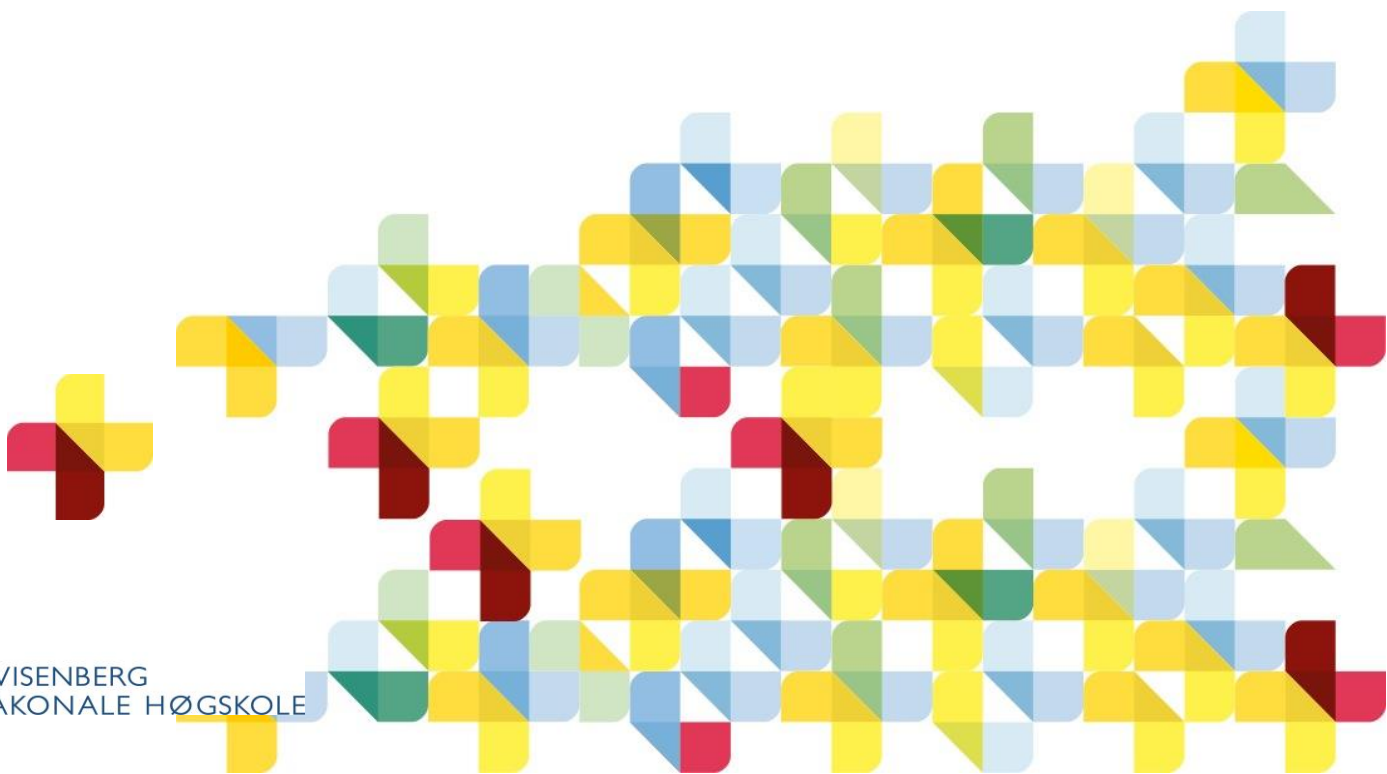


# Hvilke utfordringer er sentrale for å oppnå smertelindring i palliativ fase når personen har alvorlig demens og bor på sykehjem?

Kandidatnummer: 102  
Lovisenberg diakonale høgskole

Fordypningsoppgave  
i emne 5

Antall ord: 4980  
Dato: 24/11-2016



Problemstilling: *Hvilke utfordringer er sentrale for å oppnå smertelindring i palliativ fase når personen har alvorlig demens og bor på sykehjem?*

### Bakgrunn

I arbeidet med personer med demens er det utfordrende å kartlegge og vurdere smerte på grunn av redusert hukommelse og språkvansker. Svært mange pasienter antas å ha smerter samtidig som de ikke får optimal smertelindring. Jeg ser i mitt arbeid med personer med demens at det er behov for økt fokus på kartlegging av smerter og på smertelindring i palliativ fase. Derfor ønsker jeg å fordype meg i temaet slik at jeg kan gjøre en mer faglig god jobb.

### Metode

Metoden som er benyttet i oppgaven er et litteratursøk. Det er gjort i søk i databaser samt annen litteratur for å finne frem til svar på problemstillingen. For å finne forskningsartikler er det benyttet databasene CINAHL, SweMed+ og Sykepleien Forskning. Oria har også blitt brukt for å finne litteratur og forskningsartikler som ikke har vært tilgjengelig i fulltekst.

### Drøfting

I oppgaven tas det opp utfordringer rundt smertekartlegging og smertelindring, som bruk av MOBID-2 og hvilke muligheter og begrensninger helsepersonell har ved bruk av dette kartleggingsverktøyet. Samt viktigheten av et stabilt og kompetent personale.

### Konklusjon

Konklusjonen i oppgaven peker mot viktigheten av et stabilt og kompetent personale når det kommer til muligheten for å oppnå smertelindring i palliativ fase til personer med alvorlig demens. Samtidig er det viktig med et kartleggingsverktøy som brukes systematisk for å få en objektiv fremstilling av smerten.

**Nøkkelord:** Alvorlig demens, palliasjon, smertelindring, sykehjem, kartlegging

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Begrunnelse for valg av tema .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Problemstilling .....</b>	<b>1</b>
<b>1.3 Avgrensning .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Begrepsavklaring .....</b>	<b>2</b>
1.4.1 Demens .....	2
1.4.2 Palliasjon .....	3
1.4.3 Smerte og smertelindring .....	3
1.4.4 Sykehjem .....	4
<b>2. Metode .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Kildekritikk .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Personer med demens i palliativ fase .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Personer med demens .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Palliasjon og demens .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3 Smerte og demens .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4 Smertekarlegging og vurderinger .....</b>	<b>10</b>
<b>4.0 Bruk av MOBID-2 for å kartlegge og vurdere smerter – muligheter og begrensninger .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Kunnskap og kompetanse hos personalet er en forutsetning for å lykkes med bruk av MOBID-2 .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Sentrale utfordringer .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Lindring av smerter i palliativ fase er mer enn kartleggingsverktøy .....</b>	<b>17</b>
<b>4.4 Mulige konsekvenser min fordypningsoppgave kan få for klinisk praksis på mitt arbeidssted .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Konklusjon .....</b>	<b>19</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>20</b>
<b>Vedlegg 1 Litteratormatrise .....</b>	<b>21</b>
<b>Vedlegg 2 – Kartleggingsverktøy MOBID-2 .....</b>	<b>26</b>
<b>Vedlegg 3 – Mal til palliativ plan .....</b>	<b>27</b>
<b>Selvvalgt litteratur .....</b>	<b>29</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I dag har over 77000 mennesker i Norge demens. Det er trolig at dette antallet vil fordobles fram mot år 2040 (Nasjonalforeningen). Jeg jobber ved en demensenhet hvor det i utgangspunktet var meningen at pasientene skulle være oppegående og kun ha behov for veiledning i dagliglivets aktiviteter. Vi ser at dette ikke fungerer i praksis da pasienten stadig blir dårligere og ikke flyttes videre i systemet, til somatiske sykehjemsavdelinger. Dette fører til at pasientene dør hos oss. Kunnskap om palliasjon og smertelindring er derfor svært viktig og vil være en stor del av vår arbeidshverdag. Pasientene har en alvorlig grad av demens og har ofte vanskelig for å uttrykke seg på grunn av redusert hukommelse og språkvansker, slik at de er avhengige av faglig dyktig helsepersonell som kan gjøre vurderinger og lese hvilke behov pasienten har. Personer med moderat til alvorlig demens har større risiko for ikke å få god nok smertelindring (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

Jeg ønsker å øke min kunnskap rundt temaet demens, palliasjon og smertelindring slik at jeg kan stå stødigere i situasjoner hvor slik kunnskap er nødvendig og for at jeg skal kunne veilede mine kollegaer og sykepleiestudenter. Målet er å finne ut av hvilke utfordringer som er sentrale i arbeidet med personer med alvorlig demens i palliativ fase og hvilke muligheter man har.

## 1.2 Problemstilling

*Hvilke utfordringer er sentrale for å oppnå smertelindring i palliativ fase når personen har alvorlig demens og bor på sykehjem?*

### **1.3 Avgrensning**

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på pasienter med alvorlig demens i siste fase av livet. Jeg vil ikke gå inn på hvilken type demens pasientene har. Målgruppen er pasienter på sykehjem. Jeg vil fokusere på fysisk smerte og ikke andre psykososiale behov. Jeg vil ikke komme inn på hvilke metoder man har for smertebehandling hos eldre, herunder medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Palliasjon er definert til å gjelde fra sykdommen ikke lenger kan helbredes og frem til pasienten dør. Med dette menes de siste 9-12 måneder. Det finnes flere kartleggingsverktøy som er utarbeidet for personer med demens. Jeg vil nevne disse, men fokus vil være på MOBID-2. I denne oppgaven belyses ikke pårørendes rolle i stor grad på grunn av begrenset ord til rådighet.

### **1.4 Begrepsavklaring**

Her vil jeg utdype nøkkelbegrepene i oppgaven; demens, palliasjon, sykehjem og smertelindring.

#### **1.4.1 Demens**

«Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid» (Rokstad, 2009, s 28). Det finnes kriterier i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 som må være tilstede for at en demensdiagnose skal bli satt (Rokstad, 2009).

Ved å se på Berger-skalaen kan man inndelegge demens i seks trinn etter pasientens funksjonsevne. Pasienter på trinn 5 og 6 vil ha behov for omsorg og pleie hele døgnet ved en institusjon (Engedal & Haugen, 2009).



(<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer>)

### 1.4.2 Palliasjon

I følge WHO defineres palliasjon slik:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their family facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (WHO, 2002).

Antallet pasienter med kroniske dødelige sykdommer øker og for å kunne utføre god pleie til denne gruppen vil utviklingen kreve kunnskap om palliativ behandling (Kaasa, S., & Loge, H. J (2016).

### 1.4.3 Smerte og smertelindring

Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse ifølge International Association for the Study of Pain (IASP). Kronisk smerte er en smertefulltilstand som har en varlighet på mer enn tre måneder. Akutt smerte er en forsvarsmekanisme som varsler om en truende eller aktuell vevsskade. Smerte er alltid subjektiv (Nygaard, 2012).

Målet for behandling av smerte hos eldre pasienter er å lindre smerte og bedre funksjonsstatus og livskvalitet (Torvik & Bjørø, 2015).

#### **1.4.4 Sykehjem**

Sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester. Her skal beboeren oppleve kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg. Sykehjemmet skal være et godt sted å bo da dette blir pasientens nye hjem. Det er her de skal tilbringe hele døgnet. Beboere i sykehjem har store behov for bistand (Hauge, 2015).

## 2. Metode

Metoden jeg benytter i oppgaven er litteratursøk, samtidig som jeg benytter meg av pensum, annen litteratur og egne erfaringer fra praksis og arbeidssted. Jeg har valgt å benytte meg av anerkjente databaser som CINAHL, Oria og Swemed+. Sykepleien og Sykepleien forskning har jeg også brukt til å finne relevante artikler til oppgaven. Søkeord jeg har anvendt i søket er: dementia, demens, palliative care, palliasjon, pain relief, analgetica, smertestillende, lindring, end of life care, nursing homes og elderly. Jeg har gjort systematiske søk ved å benytte meg av søkeord og sette disse sammen ved bruk av AND. Dermed har jeg kunnet avgrense søket slik at jeg fikk treff som omhandlet mitt tema og problemstilling.

Det finnes mange forskningsartikler rundt palliasjon ved kreft, men ikke like mange når man skal se på palliasjon hos personer med demens. Noe er likevel overførbart, slik at jeg har benyttet meg av noe litteratur som omhandler palliasjon ved kreft.

Jeg har funnet frem til fem forskningsartikler jeg vil benytte meg av i oppgaven. Disse har jeg valgt å lage en litteraturmatrikse til grunnet oppgavens ordbegrensning. Se vedlegg 1. Det er ikke alle artiklene som vil bli vektlagt i like stor grad.

### 2.1 Kildekritikk

Man skal forholde seg kritisk til alt materiale man vurderer å bruke i en oppgave. En hovedregel er at litteratur som er kvalifisert av vitenskapelige fagfeller er mest troverdig (Rienecker & Jørgensen, 2013). Jeg har benyttet meg av fagfellevurderte forskningsartikler i min oppgave. Forskning på dette området er utfordrende da det kan være vanskelig å kvalitetssikre grunnet pasientens manglende evne til å uttrykke seg verbalt. Jeg har valgt å benytte meg av anerkjente utgivere så langt det har vært mulig.

Det er mye av det relevante stoffet som er publisert på engelsk. Dette kan føre til utfordringer med oversettelse og tolkning av innholdet. Jeg har derfor brukt tid på å oversette og forstå innholdet.



Jeg har valgt å ta med både kvalitativ og kvantitativ forskning i oppgaven da det kan være med på å styrke besvarelsen. Man vil da få med nyanserte beskrivelser og erfaringer fra sykepleiere som arbeider innen temaet og man vil få med et litt større perspektiv gjennom kvantitativ forskning. Jeg har valgt å utelukke forskning som er eldre enn 10 år da det den siste tiden har vært økende fokus på temaet.

### **3. Personer med demens i palliativ fase**

Det sentrale målet for palliasjon er at man skal ha best mulig livskvalitet, uansett diagnose og prognose. Det gjelder både kreftpasienter og pasienter med andre alvorlige diagnoser, som demens. Da handler det om å bli behandlet med verdighet og respekt, lindre smerte og få ivaretatt fysiske, psykiske og sosiale og eksistensielle behov (Kaasa & Loge, 2016).

#### **3.1 Personer med demens**

Demens forårsakes av forskjellige hjernesykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Sykdommen skyldes progredierende sykdommer som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og for pårørende (Demensplan 2020).

I dag har over 77 000 mennesker i Norge demens (Nasjonalforeningen). Om lag 10.000 personer rammes av demens hvert år. Det store antallet personer som berøres av demens gir helsepersonell store utfordringer med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig tjenestetilbud. (Meld. St. 29). Over 80% av de som i sykehjem har en demenssykdom (Demensplan 2020). Demens kan defineres slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal & Haugen (2009, s 20).

Personer med demens kommer gjerne i kontakt med helsevesenet i fasen som kalles dekompenseringsfasen. Her har pasienten vanskelig for å bruke de tillærte mestringssevner og de mister grepet om tilværelsen. Hukommelsesevnen svekkes og gjerne også språkevnen. Det kan være utfordrende å kommunisere verbalt. Når

pasienten kommer over i fasen som kalles pleiefasen, den siste fasen, er de sterkt preget av sin sykdom og vil være totalt avhengig av døgnkontinuerlig pleie i institusjon (Engedal & Haugen, 2009).

Det er viktig å huske på at personer med demens har de samme grunnleggende rettighetene som alle andre (Demensplan 2020). De skal få dekket sine behov på lik linje med de som ikke har demens. Det være seg å føle tilhørighet, holde fast på sin identitet, opprettholde egenverd, hverdager som er meningsfylte og lik behandling også innen smertelindring.

### **3.2 Palliasjon og demens**

I Demensplan 2020 står det at de fleste personer med demens dør på sykehjem eller på sykehus og forskning viser at det er behov for å øke kompetansen om palliasjon og omsorg ved livets slutt hos helsepersonell (Demensplan 2020). Dette er i samsvar med mye av det jeg har funnet av forskning og litteratur til denne oppgaven. Jeg har også erfaring selv, fra sykehjem, hvor personalet er usikre når det kommer til palliativ behandling i livets slutfase hos personer med demens.

Cicely Saunders regnes som grunnleggeren av moderne palliasjon. Hun er sykepleier, sosialarbeider og lege. Hun viet sitt liv til å forbedre forholdene for alvorlig syke og døende. I 1967 grunnla hun St Christopher's Hospice i London, hvilket er en institusjon for uhelbredelig syke i siste fase av livet. Hospicefilosofien har siden blitt retningsgivende for all palliasjon (Helsedirektoratet, 2015). Cicely Saunders (2006) skriver at hospicefilosofien handler de grunnleggende prinsippene åpenhet, menneskerettighetene eller sjelefriheten og omsorg.

I rapporten til Helsedirektoratet (2015) står det skrevet prinsipper som gjelder innen palliasjon, uavhengig av diagnose. Et av disse prinsippene er å få lindring av smerter og andre plager. Det har enhver døende rett til ifølge FNs erklæring om den døendes rettigheter (NOU 1999:2).

Til tross for at det finnes definisjoner på palliasjon er det uklart hva palliativ behandling innen demensomsorgen innebærer. Så langt har det ikke kommet noen akseptert definisjon eller standard på palliativ behandling til personer med demens (van der Steen, Radbruch, Hertogh, de Boer, Hughes, Larkin, Francke, Jünger, Grove, Firth, Koopmans & Volicer, 2013).

Personsentrert arbeidsmåte brukes både i demensomsorg og i palliasjon. Innen demensomsorg omhandler dette at oppmerksomheten er rettet mot personens fortid og nåtid. Innen palliasjon er fokuset på hva som er viktig her og nå og i nær fremtid (Huurnink & Haugen, 2016). Det er ulike målsettinger for behandling, som livsforlengelse, vedlikehold av funksjon, lindring og livskvalitet. Disse kan settes inn i en figur som viser hvor i demenssykdommen de ulike målsettingene er aktuelle (van der Steen et al., 2013). Ved å ha en palliativ tilnærming kan man lettere kjenne igjen vendepunkter i sykdomsutviklingen og dermed jobbe ut ifra den målsettingen som passer der pasienten befinner seg til enhver tid. Behandlingen og pleien må hele tiden evalueres slik at man endrer tiltakene for å nå målsettingen når det er nødvendig (Huurnink & Haugen, 2016).

I mitt arbeid med personer med demens ser jeg viktigheten av dette. Deres sykdom progredierer og behovene endres. Det kan skje akutt eller over lengre tid. Man må forsøke å være i forkant og bruke kunnskap slik at man kan tilrettelegge arbeidet på best mulig måte der pasienten er her og nå.

### **3.3 Smerte og demens**

Forskning viser at rundt 50-70 % av personer med demens antas å ha smerter og at pasienter med demens på sykehjem sjeldnere får smertestillende behandling (Helsedirektoratet, 2015). De siste leveåret har personer med alvorlig demens økt forekomst av smerter. Det er smerter i muskel og skjelett, nevrologiske smerter, orofasiale smerter, viscerale smerter og smerter på grunn av sår som er vanligst. (Huurnink & Haugen, 2016).

Smerteindikatorer hos eldre med demens kan vise seg på flere måter. Helsepersonell må observere om ansiktet er mørkt, trist eller fryktsomt. Det kan vise seg ved grimaser, rynket panne, lukkede øyne eller rask blinking. Pasienten kan uttrykke smerte gjennom verbalisering som sukking, jamring, gjentatte rop og støyende utbrudd. Det kan også oppstå rigid og anstrengt kroppsstilling, urolige bevegelser, monotone bevegelser og endring i gangart. En person som tidligere har samarbeidet godt kan ved smertepåvirkning bli aggressiv, motsette seg omsorg eller få forstyrrende oppførsel. Pasienten kan vegre seg for å spise, få endret søvnmønster eller få økt vandring. Økt forvirring, irritabilitet og gråtetokter er også sett hos personer med demens som opplever smerte (Torvik & Bjørø, 2015).

### **3.4 Smertekarlegging og vurderinger**

Kartlegging og behandling av smerte hos eldre er komplekst. Det er avgjørende med et tverrfaglig team som samarbeider godt med pasient og pårørende for å kunne utføre en målrettet vurdering og behandling. Legen har ansvaret for det medisinske, mens sykepleieren har ansvaret for å kartlegge og iverksette tiltak som bidrar til å lindre smerte. Som sykepleier har man en stor fordel ved at man tilbringer mye tid sammen med pasienten og kan observere eventuelle endringer og evaluere tiltak (Torvik & Bjørø, 2015).

Smertevurdering og smertebehandling hos personer med demens er utfordrende. Dette fordi at de ved moderat til alvorlig grad av demens har redusert hukommelse, språk, refleksjonsevne og forventning knyttet til smerteopplevelsen (Helsedirektoratet, 2015).

Optimal symptomlindring er en utfordring hos personer med demens fordi ubehaget ofte blir uttrykt gjennom irritabilitet, aggressivitet, uro, vandring, apati, spisevegring eller endret atferd (Huurnink & Haugen, 2016). Dette er også vanlige symptomer man finner ved demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009). Det kan dermed være utfordrende å skille mellom symptomer på sykdommen og symptomer på smerter og ubehag. Det er vist at god smerte- og symptomlindring kan gi mindre uro og angst, slik at det er viktig at man bruker kartleggingsmetoder og faglige vurderinger for å finne frem til riktig årsak (Huurnink & Haugen, 2016).

Standardisert evaluering av pasientens smerte er viktig for å kunne gi god smertelindring. MOBID-2 er et evalueringsinstrument for å kartlegge smerte hos personer med demens. (Se vedlegg 2). Del 1 av skjemaet er utviklet for å fange opp smerte i muskel- og bevegelsesapparatet. Del 2 er utviklet for å fange opp smerte som kommer fra hode, munn, nakke, indre organer, kjønnsorganer og hud. Her følger en tegning av et menneske hvor man kan krysse av for hvor på kroppen smerten er lokalisert (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010).

Dette skjemaet er tilpasset pasientens hverdag i sykehjem med vekt på pleiepersonellens observasjon av smerteatferd. Ved observasjon av smerteatferd under standardiserte bevegelser vil man kunne få et godt grunnlag for å vurdere smerteintensitet som er relatert til muskel- og skjelettsystemet. Har pasienten smerter i indre organer, hode og hud er dette vanskeligere å vurdere. Husebø et al (2010) hevder at MOBID-2 er pålitelig og gyldig, samtidig som det er effektivt å bruke i en travel hverdag.

Det er fremkommet i forskning gjort av Torvik og Bjørø (2015) at sykepleierne avdekket smerte hos pasientene oftere ved bruk av MOBID-2 sammenliknet med bare klinisk skjønn. Likevel er det viktig å bruke klinisk skjønn i tillegg til smertekartleggingsverktøy da personer med demens er like forskjellige som personer uten demens. Man vil vise tegn til smerte på forskjellig måte. Samtidig må man også legge til grunn at verktøyet er forsøkt på gruppenivå mens det brukes i det daglige på individnivå.

## 4.0 Bruk av MOBID-2 for å kartlegge og vurdere smerter – muligheter og begrensninger

I følge Torvik og Bjørø (2016) er forutsetningen for optimal og individuell smertebehandling at man gjennomfører en systematisk smertekartlegging. Målet i palliasjon er å øke livskvaliteten til pasienten og å lindre smerte og andre plagsomme symptomer. Da er det også nødvendig med en systematisk og regelmessig kartlegging. Verktøyene innen palliasjon til personer med demens er basert på at det er en observatør som skårer ut ifra en standardisert måte som krever opplæring og erfaring (Huurnink & Haugen, 2016).

En av grunnene til at smertebehandling hos eldre med demens ikke er optimal skyldes mangelfull smertekartlegging av helsepersonell (Bjørø & Torvik, 2016). Dette fremkommer også i artikkelen til Burns og McIlpatrick (2015). Her forteller sykepleiere at de er klar over viktigheten av kunnskap om smertebehandling og smertekartlegging, men at det er utfordrende å gjennomføre grunnet pasientens mangel på mulighet til selvrappotering av smerte, de ansattes kunnskaper, dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og stor arbeidsmengde.

Til tross for at det framkommer forskningsresultater for at at smertekartlegging ved bruk av MOBID-2 smerteskala gjør at man lettere kan identifisere smerte hos pasientene (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010), viser forskning utført av Lillekroken og Slettebø (2013) at det sjelden eller nesten aldri brukes smertekartleggingsverktøy ved geriatriske avdelinger på sykehus og skjermet enhet for personer med demens på sykehjem. Man må samtidig ta med i betraktningen at denne studien kun viser resultater fra et fåtall av landets sykehus og sykehjem.

Jeg har erfaring fra en demensenhet i kommunen. Her ønsker sykehjemslegen at vi benytter oss av MOBID-2 i forkant av legevisitt. Hun har erfaring fra flere sykehjem i kommunen og opplever stadig at personalet kommer til henne og sier at pasienten har smerter. Når hun etterspør hvor smertene er, hvilke begrensninger det setter for pasienten og hvordan vi kan si at pasienten har smerter, får hun gjerne svar som ikke er begrunnet på en faglig god måte. Dette kan endres ved at man benytter

smertekartleggingsverktøy på en systematisk måte. Da vil det bli lettere for legen å vurdere hvilke tiltak man skal sette i gang, hvilke smertestillende pasienten har behov for og hvilke hensyn man må ta i behandlingen. Pasienten vil også få et bedre behandlingstilbud.

I følge studien til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) fremkommer det at samarbeidsproblemer med tilsynslegen kunne føre til mangelfull behandling. Det var ikke alltid at sykepleieren fikk aksept for sine vurderinger. Det kunne også være dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppen som førte til at legen ikke fikk nødvendig informasjon eller sprikende opplysninger slik at pasienten ikke fikk behandling. Ved å benytte et verktøy for å kartlegge smerte vil man kunne gi konkrete opplysninger til legen og man vil alle kunne vurdere smerte hos pasienten på et ganske likt nivå. Man vil være avhengig av at personalet får opplæring i å bruke verktøyet riktig.

Pårørende er en viktig ressurs. Det er de som kjenner pasienten best og har mest kunnskap om atferdsmønster. Man kan stille pårørende spørsmål om smertehistorie og pasientens vanlige atferd ved smerte. Bjørø og Torvik (2016) finner i sin forskning at pårørendes vurdering av smerte er påvirket av den kognitive funksjonen til pasienten samt varighet av oppholdet på sykehjemmet. Deres smertevurdering var mer nøyaktig jo bedre kognitiv funksjon pasienten hadde og jo kortere oppholdet på sykehjemmet hadde vært. Pårørende som var ofte på besøk rapporterte om høyere smerteintensitet enn pårørende som sjelden var på besøk (Bjørø & Torvik, 2016). Grunnlaget for å oppdage smerte hos pasienter med alvorlig demens ligger i den daglige pleien med nærhet og kjennskap til personen bak sykdommen. Her er pårørende en stor ressurs (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Samtidig er det viktig å benytte smertekartleggingsverktøy for å få en objektiv fremstilling av situasjonen (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).



#### **4.1 Kunnskap og kompetanse hos personalet er en forutsetning for å lykkes med bruk av MOBID-2**

Lindring av smerter i palliativ fase forutsetter at pleiepersonalet kjenner pasientens vanlige måte å være på, hans atferdsmønster og behov. For å sikre god smertekartlegging og -behandling for personer med demens er det viktig med kontinuitet i forholdet mellom pasient og pleier (Bjørø & Torvik, 2016; Burns & McIlfratrick, 2015). Kontinuitet bidrar til større pasienttilfredshet ved palliative tiltak. Innen demensomsorgen finnes det god dokumentasjon for at forflytninger og endringer i personalgruppen kan bidra til forvirring. Utfordringen er at helsepersonell har behov for kompetanse i demensomsorg og i palliasjon både for å kunne identifisere palliative behov, kartlegge symptomer og sette i gang nødvendige tiltak (Huurnink & Haugen, 2016).

Husebø et al., (2010) skriver i sin forskning at det er viktig at personalet som skal utføre kartleggingen har fått opplæring i hvordan man bruker MOBID-2. Det må helst være samme person som foretar kartleggingen hver gang slik at det blir kontinuitet i utfyllingen for å unngå feilkilder og for å kunne registrere endringer og effekt av eventuelle medikamenter. Viktigheten av å kjenne pasienten er også vektlagt i forskningen.

I artikkelen til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) forteller informantene om sykehjem som har lite fokus på kunnskapsutvikling av personalet og at det heller ikke ble lagt til rette for faglig utvikling. Dette fører til at det kun er et fåtall av personalet som velger å tilegne seg faglig kunnskap på fritiden og dermed holdt seg oppdatert. Resultatet av dette blir at pasienter som har et vekslende behov for smertelindring i stedet blir satt på fast smertebehandling. Dermed kan man benytte ufaglært personale fordi det ikke kreves faglig kompetanse til kartlegging. Undersøkelsen bygger på viktigheten av det finnes personale som er kvalifisert på avdelingen til enhver tid. Ufaglærte gjør en god jobb og antakelig er man avhengig av ufaglært arbeidskraft i kommunene, men uten å kunne gjøre faglige observasjoner blir ikke behovet for smertelindring ivaretatt godt nok. Konsekvensen kan bli en prøv og feil praksis hvor pasienten gis smertelindring for å være på den sikre siden. Dette kan føre til både over- og undermedisinering av en allerede utsatt pasientgruppe grunnet komorbiditet og polyfarmasi (Jenssen, et al.,

2013). I følge Sandvik, Selbæk, Bergh, Aarsland & Husebø (2016) er det svært viktig med utdanning innen eldre og palliasjon for å kunne oppnå smertelindring i livets siste fase. I sin forskning fant de også ut at kompetansen til helsepersonell varierer i stor grad mellom institusjonene og at det er manglende retningslinjer innen palliasjon og smertelindring hvilket fører til at 46% opplever smerter livets siste døgn.

En grunn til at nødvendig kartleggingsutstyr ikke tas i bruk kan ifølge Jenssen et al (2013) være manglende forståelse hos ledelsen. Det er mulig at ledelsen ikke ser behovet for å avsette tid til faglig oppdatering av personalet eller ikke har økonomi til det. Kunnskap og kompetanse er noe man tilegner seg gjennom faglig oppdatering, utdanning, kurs og samarbeid. Erfaringer er også en viktig del av kompetanseøkning. Forskning viser at sykepleiere som jobbet med personer med demens over tid, lettere kunne identifisere smerteatferd enn sykepleiere med lite erfaring (Burns & McIlfratrick, 2015).

## **4.2 Sentrale utfordringer**

Lillekroken og Slettebø (2013) dokumenterer at utfordringene ved smertekartlegging hos personer med demens er mange. Det må tas hensyn til pasientens alder, komorbiditet og polyfarmasi, rutiner for smertekartlegging og smertelindring og etiske betraktninger. Samtidig er det viktig å huske på at sykepleiere har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, jfr. Helsepersonellovens § 4, krav til faglig forsvarlighet. Pasienter med demens har samme krav til omsorgsfull hjelp som andre pasientgrupper, og smertelindring anses som omsorgsfull hjelp (Lov om Helsepersonell). Som sykepleier for personer med demens vet man at det av og til kan være vanskelig å samarbeide med pasienten. Til tross for at man har gjennomført smertekartlegging og det er bestemt at pasienten har behov for smertelindring, så er det ikke sikkert at pasienten vil motta hjelpen. Det kan være han ikke forstår hvorfor han skal ta tabletter, kanskje han synes de smaker vondt eller at han er mistenksom og tror det er farlig. Dette er situasjoner man ofte står i, i praksis. Sykepleiere kan føle at det ikke har annet valg enn å bruke tvangsbehandling når pasienten tydelig har smerter, men nekter å ta imot smertelindring. I en travel hverdag var det verken tid eller ressurser til å jobbe med tillitsskapende tiltak og motivasjonsarbeid (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Dilemmaet mellom å skulle ivareta pasientens behov for smertelindring eller pasientens autonomi er ofte sett. Informantene i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) sier at de bruker paternalisme fordi det ble gjort til pasientens beste. Pasienten ble fratatt selvbestemmelsesretten og sykepleieren overtok. Pliktetikk overgikk selvbestemmelsesretten. Kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven åpner for at helsepersonell kan yte helsehjelp til tross for pasientens motstand når pasienten mangler samtykkekompetanse. Man må da ha et tvangsvedtak godkjent av fylkesmannen. Her er det svært viktig å være klar over hvilket grunnlag man trekker beslutninger på (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Tiltakene mot ubehag, smerter og uro vil ofte være sammensatte. De kan innebære både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak samt miljøterapeutiske tiltak. Det vil være nødvendig å ha en bred tilnærming med regelmessig og tverrfaglig vurdering. Et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten med sin kompetanse innen geriatri og palliasjon og med kommunehelsetjenesten er ønskelig (Huurnink & Haugen, 2016). I følge Bondevik 2012 mangler ofte en felles behandlingskultur for omsorg ved livets slutt i sykehjem. Jeg har både erfart situasjoner hvor tverrfaglig samarbeid fungerer og hvor det ikke fungerer. Det er ikke alle kommuner som har et palliativt team på plass. Det kan være vanskelig å oppsøke hjelp og råd, slik at man heller forsøker å gjøre det beste ut av den kompetansen og erfaringen som finnes ved avdelingen. Andre steder er det et godt samarbeid mellom ulike instanser og dette fungerer veldig godt for pasienten.

Til tross for at undermedisinering av smerte er en utfordring hos personer med alvorlig demens, er denne gruppen utsatt for polyfarmasi og bivirkninger. Nyere litteratur indikerer at bruken av smertestillende hos personer med demens sammenliknet med eldre mennesker uten demens nesten er høyere. Samtidig er det ikke sikkert at de smertestillende medikamentene pasienten er satt på, er det beste for pasienten. Man er nødt for å finne en middelvei mellom effekt og bivirkning i og med at pasienten ikke kan fortelle om smerte eller virkning av smertelindringen og eventuelle bivirkninger (Husebo, Ostelo & Strand, 2014; Haasum, Fastbom, Fratiglioni, Kåreholt & Johnell, 2011).

### **4.3 Lindring av smerter i palliativ fase er mer enn kartleggingsverktøy**

Det må utarbeides en forberedende tiltaksplan for optimal omsorg ved livets slutt, en palliativ plan. Tiltak man kan iverksette for å lindre unødige smerter og symptomer vil være å seponere uhensiktsmessig behandling og medikamenter, lindre plagsomme symptomer og ivareta eksistensielle og åndelige behov. Planen bør inneholde retningslinjer i forhold til forventet utvikling og mulige komplikasjoner slik at man er forberedt og ikke må ta avgjørelser om videre forløp på kort tid (Helsedirektoratet, 2015). Ved avdelingen jeg jobber ved har vi prosedyre for medikamentforslag ved vanlige symptomer som smerte, dyspné, forvirring, uro, angst, surkling og kvalme. Denne tas frem når pasientens faste medikamenter seponeres og man har kartlagt at pasienten har behov for medikamentene som gis ved livets siste fase. Dette er også oppgitt i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2015).

I følge Helsedirektoratet (2015) er dokumentasjon viktig og den bør legge vekt på aspekter som hvor pasienten er i forløpet og behovene som er tilstede her og nå. Det bør også finnes en vurdering av hensiktsmessige tiltak og hva som bør gjøres dersom det oppstår nye situasjoner eller komplikasjoner. Man må også ha dokumentasjon om pasientens egne ønsker om disse foreligger. På denne måten kan man være forberedt og jobbe i forkant av ulike situasjoner som vil kunne oppstå. Dermed vil man muligens kunne lindre smerte på et tidligere tidspunkt enn man hadde gjort om man ikke hadde en plan og heller tok for seg time for time.

Målet med planen er å sikre at pasienten får optimal verdighet og livskvalitet de siste dager og timer. Man kan forhindre unødige transporter til sykehus, sikre trygghet, smerte- og symptomlindring og sikre gode løsninger for eventuelle utfordringer uansett når på døgnet det måtte være og hvem som er på vakt (Husebø & Husebø, 2011).

#### **4.4 Mulige konsekvenser min fordypningsoppgave kan få for klinisk praksis på mitt arbeidssted**

Jeg ønsker å få til en ressursgruppe eller en refleksjonsgruppe på arbeidsplassen som har temaet palliasjon, demens og smertelindring som sitt fokusområde. Det er en sammenheng mellom helsepersonells kompetanse og en helsetjeneste av god kvalitet. Refleksjonsgrupper kan være en arena hvor man kan utvikle kompetansen (Sellevold, 2013).

Når vi har døende pasienter med utfordringer innen smertelindring kan man bruke ressursgruppen slik at man oppnår best mulig resultat. Ved å sette fokus på det og gi en gruppe et bestemt arbeidsområde vil man føle seg forpliktet til å oppdatere seg og holde resten av personalet oppdatert. Det har vist seg på arbeidsplassen, at når ansvaret ikke delegeres til en bestemt person eller gruppe, har det lett for å gli ut og det blir vanskeligere å følge opp. Det kunne også vært en mulighet å samle flere fra kommunen, slik at man kunne dele erfaringer på tvers av tjenestene.

Som beskrevet i kapittel 4.3 vil det være nødvendig å opprette en rutine for å lage en palliativ plan. Den skal være kort og inneholde sentral informasjon for tiden frem til pasienten dør. Her skal det være opplyst om at ingen livreddende tiltak skal iverksettes og at pasienten ikke skal fraktes til sykehus. Planen må inneholde palliative tiltak og angivelse av administrasjon av lindrende medikamenter. Man må evaluere planen og fornye ved behov (Husebø & Husebø, 2011). Mal til palliativ plan ligger som vedlegg 3. Kongsberg kommune har laget en håndbok, «Palliasjon i Kongsberg Kommune», for å sikre en god behandling ved livets slutt. Ved å lage en slik håndbok tilpasset praksis og mitt arbeidssted spesielt vil man kunne øke kvaliteten på tjenesten vi tilbyr.

## 5. Konklusjon

Det vil alltid være utfordrende å skille mellom atferd relatert til demens og atferd relatert til smerte da man kan se de samme tegn og symptomer ved begge årsaker. MOBID-2 kan hjelpe helsepersonell til å kunne gjennomføre en systematisk og regelmessig vurdering av smerte hos personer med alvorlig demens i palliativ fase. Denne smerteskalaen er pålitelig og validert til bruk i hverdagen innen eldreomsorg i Norge. Samtidig er det svært viktig at personalet har fått opplæring i hvordan man benytter MOBID-2 slik at pasienten får en god faglig vurdering og oppfølging.

Vurdering, behandling og evaluering av smerte ved demenssykdommer er avhengig av et stabilt, kompetent og tverrfaglig personale. Dette er sentrale utfordringen sykepleiere møter i praksis. Pleiepersonale som kjenner pasienten har de beste forutsetningene for å vurdere pasientens smerter med tanke på smerteproblemer. Samtidig er det en utfordring å finne balansen mellom effekt og bivirkninger av smertebehandling da pasienter med demens har manglende evne til selvrapporing.

## Referanseliste

Bondevik, M. (2012). Pleie og omsorg mot livets slutt. I: Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Engedal, K. & Haugen P. K. (2009). *Demens, fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til dem gamle pasienten* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nygaard, H. A. (2012). Kroniske, ikke-ondartete smerter hos gamle. I Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Sellevold, G. S. (2013). Refleksjonsgruppe som verktøy i kvalitetsarbeid. I Bergland, Å., & Moser, I. (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo: Cappelen Damm AS

Torvik, K., & Bjørø, K. (2015). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til dem gamle pasienten* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Vedlegg 2: Kartleggingsverktøy MOBID-2

Vedlegg 3: Mal til palliativ plan

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentar
Husebo, S. B., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in clinical setting. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . Doi: 10.1111/j.147-6712.2009.00710.x	Hensikten er å undersøke gyldigheten og påliteligheten til MOBID-2	Tverrsnittstudie der de brukte longitudinell design for å teste og re-teste påliteligheten av verktøyet. De utførte studien på ni sykehjem, en palliativ avdeling, fem bokollektiv og en rehabiliteringsavdeling. 77 pasienter totalt. Pasientene måtte være over 65 år og ha MMSE skår under 12. Hver pasient fikk to sykepleiere som kjente pasienten godt. Alle fikk opplæring om demens, smerte og MOBID-2 i forkant av studien.	I del 1 av MOBID-2 fremkommer det at 75% opplever nociseptiv smerte når skåren er over 0, og hos 58% når skåren er 3 eller mer. Oftest smertefullt var mobilisering av ben. Ansiktsuttrykk var hyppigst tegn. Etterfulgt av lyder og forsvar. Del 2 – smerte fra organer, hode og hud var mindre hyppig. Oftest fra genital- og bekkenområde. 55 % hadde skår på over 0 og 42 % hadde på over 3. Totalt: 80,5 % har smerter over 0 og 63,6 % over 3.	Dette sykehjemmet har en palliativ enhet med personale som er utdannet og har erfaring innen temaet, hvilket kan ha påvirket resultatet.

## Vedlegg 1 Litteratormatrise

(Bjørk & Solhaug, 2008).



Referanse	Hensikt, problemstilling og /eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Burns, M., & McIlfrack S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment . <i>International Journal of Palliative Nursing, Vol 21, No 8</i>	Hensikten er å undersøke sykepleierens kunnskap og holdninger til å kartlegge smerte hos eldre med demens.	Systematisk narrativ review gjennomgang av relevante studier gjort mellom 2000 og 2014. Deltakere i studiene var sykepleiere. Studiene var gjennomført på sykehjem, demensenheter og andre langtidshelseinstitusjoner	Fagkunnskap hos sykepleier er viktig for å kunne identifisere tegn på smerte. Også godt kjennskap til pasienten har noe å si. Det gjennomgående i studiene var at det er utfordrende å diagnostisere smerte hos pasienter med demens grunnet at de ikke kan fortelle om smerte selv. Smerte blir forvekslet med psykiatriske symptomer og det gis antipsykotika i stedet for smertestillende. Mange ønsker et bedre verktøy for å kartlegge smerte hos pasienter med alvorlig demens.	Mangel på kunnskap, erfaring og stor arbeidsmengde beskrives som noe av grunnen til underbehandling av smerte. Samt dårlig samhandling og kommunikasjon blant de ansatte.  Kartleggingsverktøy blir ikke brukt regelmessig.  Viktig med faste pleiere som kjenner pasienten godt.

Vedlegg 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. <i>Geriatrisk sykepleie</i> . (5)3, 26-34.	<p>Hensikten er å sette fokus på hvilke erfaringer sykepleiere har med å vurdere smerte hos personer med alvorlig demens og språkvansker, og hvilke utfordringer man møter når man skal vurdere grad av smerte.</p> <p>Artikkelen ønsker fokus på hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleierens vurdering av behovet for smertelindring.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt.</p> <p>Sykepleiere skulle sette ord på sin kliniske hverdag og hvordan det oppleves. Data er innhentet gjennom individuelle halvstrukturerte forskningsintervju</p> <p>5 sykepleiere deltok. De hadde lang erfaring med demens og jobbet på ulike sykehjem. De hadde videreutdanninger innen demens, aldring og eldreomsorg samt kurs om temaet.</p>	<p>Viktig med gode fagkunnskaper, godt samarbeid og felles forståelse.</p> <p>Forekommer over- og underbehandling fordi det er vanskelig å tolke signalene, personalet mangler kunnskap og samarbeidet mellom sykepleier og lege var ikke alltid like godt.</p>	Undersøkelsen omfatter få sykepleiere som kom fra forskjellige kommuner og forskjellige sykehjem. Materialet er preget av ulike miljøer, strukturer og ulik tilgang på kompetanse, som kan være en styrke i studien.

Vedlegg 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>Vård i Norden</i> 33(3), s 29-33	Hensikten er å utforske erfaringene sykepleierene har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativt forskningsintervju.  Fokusgruppeintervjuer ble benyttet. Hver gruppe hadde 6, 7 og 5 deltakere. Sykepleiere ansatt ved geriatriske avd. ved sykehus og en skjermet enhet for personer med demens i kommunen. Ingen hadde videreutdanning innen eldre eller demens.	Studien viste at sykepleierne synes det var utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring. Pasientens komorbiditet og polyfarmasi påvirker smertelindring mente de fleste.  Det ble sjeldent eller aldri benyttet smertekartleggingsverktøy. Man hadde heller ikke rutiner for smertevurdering eller smertelindring.  Tvangsbehandling var et etisk dilemma. Når pasienten nekter å ta imot smertestillende.  Viktig å kunne skille mellom utvikling i demenssykdommen og tegn til smerte.	Det trengs mer kvalitativ forskning for å identifisere sykepleierens spesifikke behov for kunnskap om demenssykdommer og samhandling og smertelindring hos pasienter med demens.

#### Vedlegg 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. <i>European Journal of Pain</i> (18). Doi: 10.1002/ejp.507	Hensikten med studien er å repetere test-retest troverdighet og hvordan MOBID-2 fanger opp endringer.	Utført i sammenheng med en cluster randomisert kontrollert studie.  Kvalitativ studie  Pasienter fra 18 sykehjem i Norge med moderat til alvorlig demens.  Inkluderer pasienter med smertediagnoser og smertebehandling, men ikke døende eller ustabile.  Primærsykepleier fikk opplæring i bruk av MOBID-2.  Testen ble utført i uke 0, 2 og 4.	Man fant at gruppen som fikk bruke MOBID-2 ble bedre smertelindret enn gruppen som mottok behandling som tidligere, uten MOBID-2.  MOBID-2 skåren fanger opp endringer i smertenivået.  Systematisk og trinnvis smertelindring gir bedre utslag enn medisiner som vanlig.	MOBID-2 fanger opp endringer og gir pasientene en mer tilfredsstillende smertelindring enn de ville fått uten bruk av MOBID-2  Måler smertebehandling over tid.

Vedlegg 1

# Vedlegg 2 – Kartleggingsverktøy MOBID-2

APPENDIX

## MOBID-2 Pain Scale

MOBILIZATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patient's name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Unit: \_\_\_\_\_

Pay attention to the patient's pain behaviour during morning care. Observe the patient before you start mobilization. Explain clearly what is going to happen. Guide the patient carefully through the activities 1–5. Reverse the movement immediately if pain behaviour is perceived. Rate your observation after each activity:

### Pain Behaviour

Tick the boxes for Pain noises, Facial expression and Defence, whenever you observed such pain behaviour



**Pain noises**  
Ouch!  
Groaning  
Gasping  
Screaming



**Facial expression**  
Grimacing  
Frowning  
Tightening mouth  
Closing eyes



**Defence**  
Freezing  
Guarding  
Pushing  
Crouching

### Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0–10)

YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?  
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

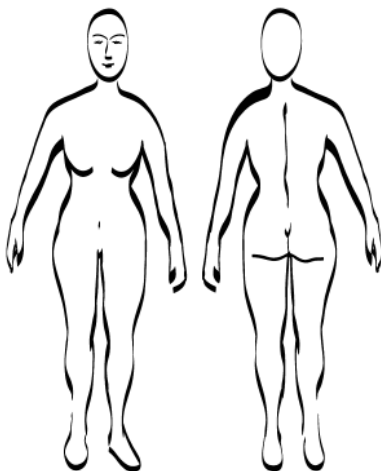
Activity	Pain noises	Facial expression	Defence	Pain Intensity (0-10)
1. Guide to open both hands, one hand at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Guide to stretch both arms towards head, one arm at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Guide to stretch and bend both knees and hips, one leg at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Guide to turn in bed to both sides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Guide to sit at the bedside	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

APPENDIX

Did you observe, today or in the last days (one week), that the patient expressed pain behaviour related to head, internal organs and/or skin, which may be caused by a disease, wound, infection and/or injury?

### Pain Behaviour

Make one or more cross/es on the pain drawing (front and back), according to observed pain behaviour (Pain noises, Facial expression and Defence)



### Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0–10)

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?  
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

6. Head, mouth, neck	_____
7. Heart, lung, chest wall	_____
8. Abdomen	_____
9. Pelvis, genital organs	_____
10. Skin	_____

Based on all observations, rate the patient's overall pain intensity

\_\_\_\_\_

## Vedlegg 3 – Mal til palliativ plan

hentet 22/11-2016 fra <http://www.verdighetsenteret.no/fagutvikling-og-fagstoff/omsorg-ved-livets-slutt/palliativ-plan-eldreomsorg/>

---

**Navn/ fødselsdata:**

### Plan for palliative tiltak:

**Diagnoser:**

Ved smerte eller dyspné: (Morfin)

**Allmennfunksjon:**

Ved panikk eller angst, uro: (Dormicum)

**Aktuelt:**

Ved kvalme eller delir: (Haldol)

**Etikk (informert eller formodet samtykke):**

Ved dødsralling: (Scopolamin/ Robinul)

**Føringer:**

Ved feber eller smerte: (Novalgín)

**Dokumentasjon: - Se journalnotat fra**

Andre tiltak:  
Seponer alle medikamenter som er unødige eller bidrar til forlengelse av pasientens dødsprosess.

Bruk sc. Tilførsel med butterfly av alle medikamenter som bidrar til palliasjon.

**Kontakt:**  
**Pårørende NN, telefon:**

Dato og underskrift (lege og sykepleier):

**Lege Telefon**

Sykehjemslege

Avdelingssykepleier

## Selvvalgt litteratur

Berger-skala, hentet fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer>

31/10-2016 (1 side)

1 side

Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo:

Akribe (s. 71).

1 side

Bjørø, K., & Torvik, T. (2016). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I Torvik, T., & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 182-199).

17 sider

Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitude towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, (21)8 400-7 doi: 10.12968/ijpn.2015.21.8.400. (s. 400-407).

7 sider

Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn (2015). Helse- og omsorgsdepartementet. (s 1-66)

45 sider

Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kåreholt, I., & Johnell, K. (2011). Pain Treatment in Elderly Persons With and Without Dementia. *Drugs Aging* 28 (4). (s. 283-293)

Doi: 10.2165/11587040-000000000-00000

10 sider

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet 22/11-2016 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>



5 sider

HelseDirektoratet (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt – å skape liv til dagene.* (s 1-88)

88 sider

Husebø, B. S. (2016). Lindrende demensomsorg. I Tretteteig, S. (Red.). *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell.* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (s.481-506)

25 sider

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.* Doi: 10.002/ejp.507 (s 1419-1430).

11 sider

Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2013). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2). Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x

11 sider

Husebø, S., & Husebø, B. S. (2011). Palliativ plan – eldreomsorg. Hentet 22/11-2016 fra: <http://www.verdighetsenteret.no/fagutvikling-og-fagstoff/omsorg-ved-livets-slutt/palliativ-plan-eldreomsorg/>

3 sider

Huurnink, Aa., & Haugen, D. F. (2016). Palliasjon til personer med demens. I Kaasa, S., & Loge, H. J. (Red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 672-689).

17 sider

- Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie* 3. Hentet 31/10-2016 fra:  
[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3\\_vitensk\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf) (s. 26-34)  
8 sider
- Kaasa, S., & Loge, H. J. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S., & Loge, H. J. (Red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (s 34-50)  
16 sider
- Lov om Helsepersonell (1999), Helse og omsorgsdepartementet.  
Hentet 17/11-16 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>  
1 side
- Meld. St. 29 – *Morgendagens omsorg*. (2012-2013). Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> 8/11-2016 (s 1-141)  
40 sider
- NOU 1999:2 (1999). Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Hentet 23/11-2016 fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>  
1 side
- Pasient- og brukerrettighetsloven, Kap 4 A. (2009). Helse og omsorgsdepartementet.  
Hentet 17/11-16 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>  
1 side
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget (kap. 9, s 179-202)  
23 sider

Rokstad Mork, A. M. (2009) Hva er demens? I Rokstad Mork, A. M & Smebye, L. K. (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe (s 27-45)

18 sider

Sandvik, R. K., Selbæk, G., Bergh, S., Aarsland, D., & Husebø, B. S. (2016). Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 17(9). Doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.006

3 sider

Saunders, C. (2006). The Evolution of Palliative Care. I Saunders, C., & Clark, D. *Cicely Saunders. Selected Writings 1958-2004*. New York: Oxford University Press

1 side

Nasjonalforeningen, Hentet 31/10-2016 fra: [www.nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/](http://www.nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/)

1 side

Nygaard, H. A. (2012). Kroniske, ikke-ondartete smerter hos gamle. I Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget (s 267-279)

12 sider

Torvik, T., & Bjørø, K. (2016). Smerte hos eldre. I Torvik, T., & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 105-125).

20 sider

Van der Steen, J. T., Radbruch, L., MPM Hertogh, C., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., Francke, A. L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., TCM Koopmans, R., & Volicer, L. (2013). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association

for Palliative Care. *Palliative Medicine* (2013). (s 1-14). doi:  
10.1177/0269216313493685

14 sider

WHO (2002). Definition of palliative care. Hentet 22/11-2016 fra:  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

1 side

Totalt 401