



Hvordan kan bruk av MOBID-2 smertekartleggingsverktøy bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens på sykehjem?

Kandidatnummer: 111
Lovisenberg diakonale høgskole

Fordypningsoppgave
i Videreutdanning i sykepleie til syke gamle mennesker

Antall ord: 4992
Dato: 07.12.2017

ABSTRAKTLovisenberg diakonale høgskole
Dato: 07.12.2017**Problemstilling:**

Hvordan kan bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens på sykehjem?

Bakgrunn: Antallet personer med demens vil fordobles de neste 30-40 årene, som følge av økt levealder. Underrapportering av smerter hos eldre hevdes å skyldes både at eldre ikke rapportere smerter og at helsepersonell ikke kartlegger Eldres smerte systematisk. Ved økende kognitiv svikt svekkes også evnen til å bruke språk, hvilket fører til vanskeligheter med å formidle sine smerter verbalt.

Hensikt: Å finne ut hvordan bruk av MOBID-2 kan bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens.

Metode: Litteraturstudie. Søk etter allerede eksisterende forskningsresultater i databaser og Google Scholar.

Resultat: MOBID-2 er et omfattende smertekartleggingsverktøy basert på observasjon av smerteratferd og vurdering av smerteintensitet. MOBID-2 har vist seg å være i god stand til å oppdage smerter hos personer med demens, og skal være et lett og effektivt verktøy å bruke. MOBID-2 er i stand til å måle effekten av behandlingstiltak. Det er mange utfordringer knyttet til smertehandling hos personer med demens. Det er mye usikkerhet og redsel for mistolkning blant sykepleiere, samt mangel på rutiner og god kompetanse.

Konklusjon: Utfordringene er mange når det gjelder smertebehandling hos personer med demens. For at MOBID-2 skal kunne bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens er det viktig med god kompetanse. Det er viktig å huske at man alltid vil foretrekke selvrapportering, og at MOBID-2 kun brukes når dette ikke er mulig.

Nøkkelord:

Smertebehandling, smertekartlegging, smertekartleggingsverktøy, demens, sykehjem, MOBID-2

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Avgrensning	1
1.4 Metode og kildekritikk	2
2. Personer på sykehjem med demens og smerter	3
2.1 Pasient på sykehjem	3
2.2 Personer med demens	3
2.3 Smerter hos personer med demens	4
3. Kartlegge og vurdere smerter ved bruk av MOBID-2	7
4. Hvordan kan bruk av MOBID-2 smertekartleggingsskjema bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens på sykehjem?	9
4.1 Sentrale utfordringer som vises i forskning	9
4.2 Kompetanse hos personalet er avgjørende for å lykkes	11
4.3 Smertebehandling er mer enn bruk av smertekartleggingsskjema	13
4.4 Mulige konsekvenser min fordypningsoppgave kan få for klinisk praksis på mitt arbeidssted.	14
5. Konklusjon	15
Referanseliste	16
Selvvalgt litteratur	19
Vedlegg 1 – Litteraturmatrise	21
Vedlegg 2 – MOBID-2 kartleggingsskjema	24

1. Innledning

Denne fordypningsoppgaven skrives som det avsluttende produktet i forbindelse med Videreutdanning i sykepleie til syke gamle mennesker. I arbeidet med denne oppgaven har jeg formulert en problemstilling knyttet til et valgt tema, og skal forsøke å svare på denne gjennom oppgaven og komme frem til en konklusjon, samt mulige konsekvenser for mitt arbeidssted.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi står overfor en stor utfordring ved at antallet personer med demens vil fordobles de neste 30-40 årene, som følge av økt levealder. I dag er ikke kommunale helse- og omsorgstjenester tilstrekkelig tilrettelagt for å møte denne utfordringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Selv om det satses mye på forskning av demenssykdom og tiltak som kan forsinke sykdomsutviklingen eller minske konsekvensene, er man stadig langt unna å finne en kur mot demens. Fremtidens helse- og omsorgstjenester må derfor planlegges ut fra forventningen om en sterk økning i antall personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et av fokusområdene i Demensplan 2020 er pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud, og hva det kreves i de ulike fasene av livet med en demenssykdom. Personer med demens i siste fase av livet trenger mye tilrettelegging når det gjelder blant annet omgivelser, mening i hverdagen, ernæring, pleie, smertelindring og palliativ behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Tema jeg har valgt for denne oppgaven er smertebehandling hos personer med demens. Dette fordi antallet personer med demens er økende, og god smertelindring krever mye tilrettelegging for denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan bruk av MOBID-2 smertekartleggingsverktøy bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens på sykehjem?

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt personer med demens på sykehjem da det er mest relevant for min egen yrkesutøvelse. Selv jobber jeg på en langtidsavdeling på sykehjem. Grunnen til at jeg har valgt å ta for meg smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er fordi det er hyppig nevnt i litteraturen, samtidig som det den siste tiden er begynt å bli tatt i bruk på mitt eget arbeidssted.

1.4 Metode og kildekritikk

Jeg har gjennomført søk etter forskning i databaser som CINAHL og SweMed, med relevante søkeord både på engelsk og norsk. Har også søkt generelt på MOBID-2 i Google scholar, men fant da ikke noe som jeg ikke allerede hadde funnet i databasene. Når jeg har sett at samme forfatternavn har gått igjen i litteraturen har jeg også søkt på disse navnene. Jeg har prioritert å bruke forskningsartikler av anerkjente forskere innen tema. På flere av artiklene er det det samme navnene som går igjen, noe som enten kan gi god kontinuitet i studiene som er gjort, men som også kan ha ført til et smalere perspektiv på selve verktøyet MOBID-2. I tillegg til å bruke forskningsresultater, bruker jeg også relevant faglitteratur og egne erfaringer til å svare på problemstillingen.

2. Personer på sykehjem med demens og smerter

Målgruppen i denne oppgaven er pasienter med demens som har smerter og som bor på sykehjem. Jeg vil derfor gå litt nærmere inn på denne målgruppen. Hva innebærer det for pasienten å bo på sykehjem og hva innebærer det for meg som sykepleier å jobbe på en sykehjemsavdeling? Skal også gå nærmere på selve pasientgruppen med demens, og smerteproblematikken.

2.1 Pasient på sykehjem

Når en pasient får tildelt et langtidsopphold på sykehjem, får de samtidig tildelt et nytt hjem. En pasient som bor på sykehjem har dette som sin bolig hvor de tilbringer hele døgnet sitt. De har hjemmet sitt der samtidig om helsepersonell samme stedet som arbeidsplass. De overordnede målsetningene ved heldøgns omsorgs- og pleietjenester som et sykehjem tilbyr er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, og et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud (Hauge, 2014). Å sørge for god pleie og omsorg til pasienter som bor på sykehjem er et omfattende arbeid. Pasienter på sykehjem har komplekse sykdomstilstander som krever aktiv behandling, samtidig som det må tilrettelegges for pasientenes svært reduserte evne til å ivareta egne behov, dette mens man skal skape et hjemmemiljø og en meningsfull hverdag for pasientene (Hauge, 2014).

Det er et omfattende ansvarsområde sykehjemmet som helsetjeneste har overfor pasienten, og det er et krevende arbeid man har som sykepleier. Den eldre, skrøpelige, og hjelpetrengende pasienten krever at man som sykepleier har god faglig kompetanse og evner å jobbe systematisk og regelmessig med observasjoner og kartlegging, samt har evne til å ta beslutninger for hvilke tiltak som skal iverksettes for den enkelte pasienten. Som sykepleier har man også et overordnet ansvar for å samarbeide med andre faggrupper når det gjelder kartlegging av pasientens behov og iverksettelse av tiltak, og man er med på å sette standard for fagutøvelsen på institusjonen (Hauge, 2014). Et område som kvever forbedring er fagkompetanse til sykepleiere, da forskning har vist at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskaper blant annet når det gjelder legemiddelhåndtering og smertebehandling (Hauge, 2014).

2.2 Personer med demens

At man kommer bort i pasienter med demens på sykehjem er ikke å unngå. Ca. 80 % av beboere på sykehjem har en demenssykdom. Demens er en felles betegnelse for

progresierende sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner, og er sykdommer som utvikler seg over tid og medfører at pasienten vil fungere dårligere i dagliglivet (Skovdahl & Berentsen, 2014). Kriteriene for demens ifølge ICD-10 er svekket hukommelse og svikt av andre kognitive funksjoner. Demens graderes ut fra hvor stor grad den kognitive svikten påvirker dagliglivets funksjoner. Ved mild demens virker den kognitive svikten inn på evnen til å klare seg selv, ved moderat demens klarer pasienten seg ikke lenger uten hjelp fra andre og ved moderat demens har pasienten behov for kontinuerlig pleie og tilsyn. Andre kriterier ifølge ICD-10 er klar bevissthet, svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og at tilstanden har hatt en varighet på minst seks måneder (Engedal & Haugen, 2009).

Når man jobber med personer med demens er det viktig som sykepleier å ha gode kunnskaper om de ulike demenssykdommer og symptomer på demens. Det er mange sykdommer som fører til demens, men jeg kommer ikke til å gå noe nærmere inn på disse. Jeg kommer istedenfor til å trekke frem noen vanlige symptomer ved demens. Kognitive symptomer ved demens kan for eksempel være svekket oppmerksomhet og hukommelse, orienteringsvansker, svekket språkevne, apraksi og agnosi. Dette vises ved at pasienten har problemer med å holde tråden i en samtale, ikke husker om man har spist eller ikke, ikke vet hvor man er eller hva man skal gjøre, ikke har evne til å uttrykke seg eller forstå ting som blir sagt eller at man har ikke har evne til å kjenne igjen gjenstander (Engedal & Haugen, 2009, Skovdal & Berentsen, 2014). Depresjons, aggresjon, agitasjon, apati, angst og vrangforestillinger er noen eksempler på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, mens muskelstivhet og inkontinens er eksempler på motoriske symptomer (Engedal & Haugen, 2009).

Skovdahl og Berentsen (2014) beskriver den personsentrerte demensomsorgen som bygget opp rundt de sosialpsykologiske behovene for identitet, tilknytning, sosial inkludering, bekreftelse, trøst og kjærlighet. De retter også en kritikk mot den personsentrerte omsorgen da det er lite fokus på de fysiologiske behovene som personer med demens med tiden kan ha store vanskeligheter med å ivareta selv. Et slikt område er for eksempel smertebehandling (Skovdahl & Berentsen, 2014).

2.3 Smerter hos personer med demens

Hos eldre er smerte et vanlig helseproblem og nesten hver tredje person over 60 år lider av langvarige smerter. Studier har vist at det er høyere forekomst av smerte hos sykehjemsbeboere enn hos eldre som bor hjemme. Samtidig er forekomsten av smerte lavere

hos de pasienter som ikke kan selvrappportere smerte enn hos de som er kognitiv friske. Forekomsten er dog høyere når det er brukt et smertekartleggingsverktøy hos de som ikke selv kan rapportere smerten (Torvik & Bjøro, 2014). Smertedefinisjonen som er mest brukt er definisjonen til International Association for the Study of Pain fra 1994 som beskriver smerte som en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade (Stubhaug & Ljoså, 2008). Stubhaug og Ljoså (2008) trekker også frem definisjonen til McCaffery og Beebe fra 1998 som beskriver smerter som det personen sier at den er, at smerten eksisterer når personen som opplever smerte gir uttrykk for det. Det er viktig at man ikke tviler smerten som uttrykkes av pasienten, da smerten kan verken bevises eller motbevises og som helsepersonell kan man ikke vite objektivt hvordan pasienten opplever smerten (Stubhaug & Ljoså, 2008).

Ved økende kognitiv svikt svekkes også evnen til å bruke språk, hvilket fører til vanskeligheter med å formidle sine smerter verbalt. I slike tilfeller vil det være nødvendig å observere ulike typer atferd som ytring for smerter. Dette kan være veldig utfordrende, da smerteatferd fra individ til individ kan være svært forskjellig. De eldre med demens kan ha forskjellige typer smerteatferd, mens det i andre tilfeller kan hende at problematferden ikke skyldes smerte, men skyldes selve demenssykdommen (Bjøro & Torvik, 2008).

Bjøro og Torvik (2008) skriver at flere forskere har arbeidet med å kartlegge atferd man kan observere hos eldre med demens, som kan indikere smerte. Det er utarbeidet en liste av American Geriatrics Society, som deler inn slik atferd i seks hovedkategorier. Disse kategoriene er ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, forandringer i aktivitetsmønster og rutiner, og forandring i mental status. Ansiktsuttrykk kan for eksempel være grimaser, rynket panne eller lukkede øyne, men verbalisering for eksempel kan være sukking, jamring eller rop om hjelp. Anstrengt eller beskyttende kroppsstilling er kroppsbevegelser som kan indikere smerter. Atferd man kan observere som forandring i mellommenneskelig samhandling kan for eksempel være at pasienten motsetter seg omsorg, er aggressiv eller er tilbakeholden. Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner kan være at pasienten har endringer i matlyst eller søvnmønster, eller at pasienten har økt vandring. Gråtetokter eller økt forvirring er eksempler på forandring i mental status, som kan indikere smerter hos den eldre med demens (Bjøro & Torvik, 2008).

Ubehandlet smerte kan få alvorlige helsemessige konsekvenser for den eldre pasienten, som for eksempel redusert livskvalitet, økt fare for inaktivitet, depresjon og søvnforstyrrelser, tap av selvstendighet og sengeleiekomplikasjoner for å nevne noen (Torvik & Bjøro, 2014). Inadekvat smertebehandling hos eldre med demens skyldes blant annet mangelfull smertekartlegging. Ved bruk av smertekartleggingsverktøy for å registrere og vurdere smerte hos eldre med demens kan man fremme konsekvent registrering og kommunikasjon mellom helsepersonell (Bjøro & Torvik, 2008). Hensikten med å kartlegge smerte på en systematisk måte er at den enkelte pasient skal få individuell og optimal smertebehandling. En kartlegging gjort i forkant av oppstart på smertebehandling vil da kunne brukes som grunnlag for å vurdere effekten av iverksatt smertebehandling (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

Det er en del av sykepleierens funksjon å kartlegge om en pasient har smerter. Hos personer med langtkommen demens kan språkevnen være svekket i så stor grad at vedkommende ikke lenger klarer gi uttrykk for sine smerter verbalt. Da vil det være nødvendig at sykepleieren aktivt går inn å kartlegger smerter på eget initiativ, og ikke på egen oppfordring fra pasienten (Torvik & Bjøro, 2014).

3. Kartlegge og vurdere smerter ved bruk av MOBID-2

Det å vurdere smerter hos et annet individ enn seg selv er en utfordring, da man ikke kan gå inn å konkret måle og føle den smerten en annen person måtte ha. Det er derfor flere verktøy som er utviklet for å kunne kartlegge smerter hos personer som ikke selv klarer å gi uttrykk for de. MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy som er testet ut i norske sykehjem. Verktøyet er et observasjonsskjema basert på observasjon av pasienten spontane smerteatferd (Husebo et al., 2012). Skjemaet består av to deler. Del 1 fokuserer på smerter relatert til muskler og skjelett, hvor sykepleier må observere smerteatferd gjennom veiledede bevegelser. Det er til sammen fem bevegelser, åpne og lukke begge hender, strekke begge armer over hodet, strekke og bøye ankler, knær og hofter, snu seg over på siden i seng, og sette seg opp på sengekanten. Smerteatferden er delt inn i tre alternativer, smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon. Ved hver bevegelse skal man se etter disse atferdstypene, og krysse av ved tilstedeværelse av atferden. I tillegg må sykepleier sette en verdi på smerteintensitet på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig smerte (Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunggren, 2010). Del 2 av MOBID-2 smerteskala fokuserer på smerter relatert til hode, hud og indre organer. Denne delen består av et kroppskart, samt vurdering av smerteintensitet delt inn i fem områder. Hode, munn og hals, hjerte, lunger og brystkasse, abdomen, bekken og kjønnsorganer, og til slutt hud. På del 2 forventes det at man observerer pasienten over tid (opptil en uke) for å kunne fange opp smerteatferd relatert til disse områdene. Sykepleier merker da av området på kroppskartet og vurderer smerteintensitet på samme måte som på del 1. Til slutt sette man en samlet verdi på pasientens overordnet smerteintensitet (Husebo et al., 2010). MOBID-2 smerteskala er illustrert i vedlegg 2.

Da MOBID-2 ble utviklet besto verktøyet i utgangspunktet kun av del 1. Verktøyet ble da i en studie av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunggren (2009) utprøvd ved at en gruppe sykepleiere skulle kartlegge smerter gjennom videoopptak av pasientene, og de skulle kartlegge den samme situasjonen flere ganger. Målet med studien var å finne ut hvor pålitelig verktøyet var, ved å sammenligne kartlegginger gjort av forskjellige sykepleiere og av samme sykepleier over tid. I denne studien kom man fram til at sykepleierne hadde sammenhengende vurderinger, både ved kartlegginger gjort av samme sykepleier og kartlegginger gjort av ulike sykepleiere. I en annen studie gjort av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo & Ljunggren (2010) har man presentert videreutviklingen fra MOBID til MOBID-2. Denne studien hadde også som formål å utprøve påliteligheten til verktøyet som nå består av to deler. Det ble vist

moderat til høy pålitelighet ved både kartlegginger gjort av den samme sykepleieren og ved kartlegginger gjort av ulike sykepleiere, også i denne studien. Det ble oppdaget høy tilstedeværelse av smerter knyttet til muskler og skjelett, men at det var utfordrende å oppdage smerter forbundet til hud og indre organer. Det ble derfor anbefalt at man på denne delen bør observere pasienten over tid. Det kommer også fram i denne studien at verktøyet holde høy innholdsmessig kvalitet og er et verktøy som skal være lett og effektivt å bruke (Husebo et al., 2010). Gjennom en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe fant man i denne studien også ut at MOBID-2 var i stand til å måle effekten av smertelindrende tiltak (Husebo, Ostelo & Strand, 2014). MOBID-2 er et av flere verktøy som har vist seg lovende når det gjelder å vurdere tilstedeværelse av smerter og smerteintensitet hos personer med demens (Husebo et al., 2012).

4. Hvordan kan bruk av MOBID-2 smertekartleggings skjema bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens på sykehjem?

Underrapportering av smerter hos eldre hevdes å skyldes både at eldre ikke rapportere smerter og at helsepersonell ikke kartlegger Eldres smerte systematisk (Torvik & Bjørø, 2008). Problemer med smertekartlegging er en av flere barrierer for god smertebehandling. Frykt for bivirkninger og avhengighet hos den eldre pasienten, og mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere åpner heller ikke opp for god smertebehandling. Det samme gjelder mangel på klare retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon på mange sykehjem (Torvik & Bjørø, 2014). MOBID-2 smerteskala kan være et hjelpemiddel til å møte denne utfordringen på en bedre måte. I litteraturen og forskningen som er gjort på dette område tas det opp noen sentrale utfordringer sykepleiere møter i samhandling med denne pasientgruppen. Deriblant hvor omfattende krav det stilles til sykepleiere når det gjelder smertebehandling og hvilke krav dette også stiller til kunnskap og kompetanse.

4.1 Sentrale utfordringer som vises i forskning

Jeg husker en tidligere pasient som alltid var veldig urolig under stell og som sjeldent ville samarbeide med personalet. Pasienten tok ofte tak i personalet og ropte mye under stell og forflytning. Personalet trodde det skyldes demenssykdommen og prøvde så godt det lot seg gjøre å tilpasse stellsituasjonen etter dette. Etter at pasienten kom over i rullestolen ble hun som regel rolig. Da dette etter en god stund ble tatt opp med tilsynslegen foreslo hun å øke faste smertestillende og at det skulle administreres før morgen- og kveldsstell. Dette førte til at pasienten ble roligere og samarbeidet mer under stell. Denne situasjonen samsvarer med utfordringer man har belyst i forskning som har tatt for seg sykepleieres perspektiv på smertebehandling hos personer med demens. I en kvalitativ studie av Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) kom det frem at sykepleierne opplevde problemer med å fange opp smerteatferd, og usikkerhet på om problematferden skyldes smerter eller demenssykdommen. Ingen av sykepleierne i denne studien brukte eller var kjent med bruken av kartleggingsverktøy for å kartlegge smerter hos denne pasientgruppen, men benyttet skjema for å kartlegge uro. Det gis uttrykk for mye usikkerhet og redsel for mistolkning, slik at behovet for smertelindring enten blir under- eller overvurdert. En av sykepleierne i denne studien fortalte at de ikke spekulerte i smerte, at det da var best å bare prøve med smertestillende, men at det da ikke var så enkelt å måle effekten av behandlingen (Jenssen,

Tingvoll & Lorem, 2013). I en studie av Lillekroken & Slettebø (2013) ga sykepleierne uttrykk for bekymring for hva ubehandlet smerte kan føre til, blandet med bekymring for bivirkninger av smertebehandling hos personer med demens. I denne studien fortalte også disse sykepleierne at det sjeldent ble benyttet kartleggingsverktøy. Både resultatene fra disse studiene og pasientsituasjonen fra min egen erfaring kan tilsi at man, selv om man ikke bruker kartleggingsverktøy, klarer koble sammenhengen mellom atferden til pasienten og eventuell smerteproblematikk. Jeg tenker at man ved all den usikkerheten man som sykepleier opplever må gi de observasjonene man gjør ”ben å stå på”. Ved å bruke et kartleggingsverktøy som MOBID-2 vil man kunne jobbe systematisk med sine observasjoner, samtidig som verktøyet konkret forteller hva man skal se etter av smerteatferd. Som beskrevet i forrige kapittel har man også funnet ut at MOBID-2 er i stand til å måle effekten av behandlingstiltak. For at man skal kunne måle effekten av behandlingstiltak må det gjøres en kartlegging før man har iverksatt nytt smertelindrende tiltak, slik at man har noe å sammenligne videre kartlegginger med (Husebo, Ostelo & Strand, 2014). Hvis man som sykepleier har det integrert at man bruker MOBID-2 hos personer med demens vil man da mest sannsynlig ha gjort en slik kartlegging tidlig i vurderingen av pasienten med demens sin helsetilstand. Da vil man også ha et godt grunnlag for videre vurdering av effekten av behandlingstiltak. Når man skal måle effekten av et tiltak må det regnes med noen vanlige målefeil ved vurdering av smerteintensitet og må derfor være en nedgang på minst 3 på den totale smerteintensitetsvurderingen på MOBID-2 for at det kan regnes som forbedring (Husebo, Ostelo & Strand, 2014).

En annen utfordring som belyses i forskningen er samarbeidet med lege om tilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere gir uttrykk for at det kan være utfordrende å nå frem til legen hvis de har bekymringer for om en pasient med demens ikke får tilstrekkelig smertelindring. Dette spesielt hvis pasienten allerede står på medikamentell smertelindrende behandling (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Selv har jeg erfart at dette kan gå begge veier, at det er forskjellig fra lege til lege. Enten vegrer legen seg for å forordne smertestillende, andre ganger har det blitt forordnet bare for ”å være på den sikre siden”. På min arbeidsplass har sykehjemslegen ansvar for nesten hundre pasienter, og legen er derfor avhengig av de observasjonene vi sykepleiere gjør, for å kunne iverksette riktige tiltak eller komme med videre anbefalinger. Hvis man som sykepleier formidler synsing og vage observasjoner vil det være vanskeligere for legen å vurdere hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes. Som sykepleier må man formidle presise opplysninger om pasientens behov for å kunne bidra til et optimalt

behandlingstilbud (Hauge, 2014). Denne utfordringen vil en sykepleier lettere kunne møte hvis man har konkrete markører og verdier å vise til når man skal formidle sin bekymring for pasientens smerteproblematikk,

Det har sine begrensninger å kartlegge smerteatferd og det er lett å tolke feil. Ved observasjon av smerteatferd får man lite informasjon om smerteintensitet, lokalisasjon og kartleggingen må etterfølges av videre utredning. Det er derfor viktig at omsorgspersoner for personer med demens er kjent med den enkelte pasienten og deres normale atferd (Galek & Gjertsen, 2011). MOBID-2 er bare et av flere smertekartleggingsverktøy som finnes. Det har vært en bekymring knyttet til skåringssystemet til de fleste verktøyene, da man gjerne bare summerer opp antallet av type atferd man har observert og at dette da skulle gi en indikasjon på intensitet, uten at man har gjort separate vurderinger av smerteintensiteten. På den måten ville da tilstedeværelsen av kun en type smerteatferd forstås som lav smerteintensitet, og at desto flere atferdstyper det ble krysset av for ville forstås som høyere smerteintensitet (Husebo et al., 2012). Som beskrevet i forrige kapittel inneholder MOBID-2 en smerteskala fra 0 til 10 på hver av de ti punktene, slik at man på hver bevegelse eller kroppsdel ikke kun må krysse av for type atferd/reaksjon, men også vurdere smerteintensiteten. Her er MOBID-2 annerledes i forhold til mange andre verktøy, da høy smerteintensitet på kun ett punkt kan ha like mye uttelling på den totale vurdering av smerteintensitet, som hvis man har tolket høy smerteintensitet på flere punkter. I følge Bjørø & Torvik (2008) vil man ikke kunne si noe om smerteintensitet når ikke pasienten lenger klarer å selvrappportere smerte, da andres vurderinger av smerteintensitet sjeldent samsvarer med pasienten egen opplevelse. Flere studier viser at leger og sykepleiere i gjennomsnitt vurderer smerteintensiteten lavere enn pasientens selvrappotering (Bjørø & Torvik, 2008). Forskningen har vist at selv om sykepleiere har gitt uttrykk for at det er utfordringer å må vurdere intensiteten på smerten til en annen person, tallene vist utmerket overensstemmelse på vurdering av smerteintensitet, med forbehold om normale målefeil (Husebo et al., 2010). Da MOBID-2 baserer seg på bevegelser av ulike kroppsdelene og inneholder kroppskart, vil verktøyet også kunne bidra til videre utredning gjennom indikasjoner for lokalisering av smertene.

4.2 Kompetanse hos personalet er avgjørende for å lykkes

Som sykepleier i en sykehjemsavdeling har man et spesielt ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet og det stilles høye krav til kompetanse (Hauge, 2014). For å kunne sørge for

tilstrekkelig smertebehandling for denne pasientgruppen trenger man god kompetanse om demenssykdom og smertebehandling. I studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) avdekkes et stort behov for økt kompetanse hos personalet, og sykepleierne uttrykte mangel på muligheten for kunnskapsutvikling. Den vektlegges i denne studien at en forutsetning for god smertebehandling er faglig kunnskap. For at jeg som sykepleier skal kunne få økt kunnskap på et område er jeg også nødt til selv å legges merke til behovet for det. Etter egen erfaring fra sykehjem har jeg fått oppleve hvor store forskjeller det kan være på kunnskapsnivået til personalet. Man jobber på tvers av ulike yrkesgrupper og ulike erfaringer, men med de samme pasientene. Jeg kan for eksempel ha behov for mer kompetanse om personer med demens, mens en annen sykepleier eller hjelpepleier har gode kunnskaper om denne pasientgruppen. Vi blir derfor også nødt til å gjøre hverandre gode, i tillegg til å selv være aktive med å etterspørre om muligheter for kompetanseheving når vi kjenner at det er behov for det. Dette krever dog at man er flink til å være litt kritiske til måten man gjør ting på.

Lillekroken & Slettebø (2013) kommer i sin studie frem til at sykepleierne hadde gode kunnskaper om smertelindring, men at det manglet kunnskaper om systematisk kartlegging og rutiner for smertebehandling. I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått innhentet mye informasjon om kartleggingsverktøyet MOBID-2. Dette verktøyet har vært brukt på min arbeidsplan det siste halve året uten at det har vært noen klare retningslinjer for bruken av det. Kunnskaper om smertekartlegging og –behandllig hos helsepersonell er ofte er mer generell karakter og er ikke spesifikk om eldre pasienter (Bjørø & Torvik, 2008). Pasientens selvrapportering er den beste forutsetning for korrekt smertebehandling, og selv om en person har en demenssykdom betyr ikke det at vedkommende ikke er i stand til å selvrapportere smerte. Forskning har vist at personer med mild og moderat demens er i stand til å gi en pålitelig selvrapportering av smerte (Bjørø & Torvik, 2008). Dette betyr at selv om man har som rutine på arbeidsplassen å bruke MOBID-2, må man ha gode kunnskaper om verktøyets begrensninger og i hvilke tilfeller man ikke skal bruke verktøyet.

Selv om man ikke finner observerbare smerteindikatorer kan man likevel ikke utelukke at pasienten kan ha smerter (Bjørø & Torvik, 2008). For at en kartlegging med bruk av MOBID-2 skal gjennomføres må sykepleieren se behovet for det hos pasienten. Som sykepleier kan en bekymring for pasientens smerteproblematikk komme av en magefølelse. Som sykepleiere

jobber man kunnskapsbasert, og våre vurdering og handlinger baserer seg på forskningsbasert kunnskap, erfaringer og kjennskap til pasienten (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). MOBID-2 er som beskrevet tidligere basert på atferd som smertelyd, ansiktsgrimaser og avvergereaksjoner knyttet til ulike bevegelser. Dette er spontane reaksjoner assosiert med hver enkelt bevegelse. Annen smerteatferd som forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner, og forandring i mental status er ikke inkludert i MOBID-2 smerteskala. Denne typen smerteatferd kan være vanskelig å identifisere og kan være nødvendig å observere over tid. Det er nødvendig å ha kjennskap til pasientens vanlige atferdsmønster og rutiner for å kunne identifisere endringer (Bjoro & Torvik, 2008). Av egne erfaringer vet jeg at mye helsepersonell sitter med mye kunnskap om pasientens normale atferd og uttrykker bekymringer når det observeres atferd utenom det vanlige. Likevel stopper det ofte opp der. Dette kan for eksempel skyldes at man på grunn av for lite kunnskap tenker at atferden skyldes demenssykdommen. Med god fagkompetanse vil man være bedre rustet til å ta denne bekymringen et steg videre og ha kunnskap om at det bør gjøres en videre kartlegging av smerteatferd ved bruk av MOBID-2 smerteskala.

4.3 Smertebehandling er mer enn bruk av smertekartleggingsskjema

Det er samme prinsipper for smertebehandling av personer med demens som hos eldre som ikke har demens. Smertebehandlingen er dog basert på kartlegging gjort av sykepleier og ikke pasienten egen opplevelse. En individuell behandlingsplan for eldre med smerter må bestå av systematisk kartlegging, behandling, dokumentasjon og evaluering (Bjoro & Torvik, 2008). Når det gjelder smertebehandling hos personer med demens er ikke jobben ferdig når en kartlegging er gjort. Som sykepleier forventes det at man skal kunne avgjøre om analgetika skal gis hvis det er forordnet ved behov, og eventuelt hvilken type analgetika hvis det er flere forordninger. Man skal kjenne til bivirkninger, og observere, dokumentere og rapportere disse. Det er også viktig å kunne vurdere, dokumentere og rapportere effekt av analgetika og eventuelle behov for endring i forordning (Torvik & Bjoro, 2008). MOBID-2 er et hjelpemiddel for å kunne vurdere smerter hos de som ikke kan selvrapporere smerte. Samtidig ser jeg at verktøyet kan være til god hjelp i flere ledd av smertebehandlingen. Når det gjelder å dokumentere de observasjonene man har gjort kan MOBID-2 hjelpe med å konkretisere smerteatferden i dokumentasjonen. På den måten kan det bli bedre synsing og subjektive tolkninger når behovet for smertebehandling skal dokumenteres og videreformidles i behandlingsteamet. Som nevnt tidligere har også MOBID-2 vist å være i stand til å måle

effekten av behandlingstiltak, ved sammenligning av kartlegginger gjort før og etter iverksettelse av behandlingstiltak. For å vurdere type analgetika det er behov for kan man ved bruk av MOBID-2 vurdere dette ut fra både smerteintensitet og lokalisasjon av smertene. Dette krever dog også gode kunnskap om legemiddelbruk.

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

Jeg ser at det er gode muligheter for implementering av MOBID-2 på arbeidsplassen når jeg nå har fordypet meg i dette tema. For at kunnskapene til har tilegnet meg gjennom dette arbeidet skal få konsekvenser for klinisk praksis må jeg dele det jeg har lært, og formidle behovet for forbedring til faglig leder. Verktøyet er allerede begynt å tas i bruk, men få har godt nok kjennskap til verktøyet. Implementering av verktøyet bør derfor vektlegge kompetanseheving, og bruk av gode veiledere og retningslinjer for smertebehandling.

Av egen erfaring vet jeg har det til tider er meget stressende og krevende å jobbe i en sykehjemsavdeling, og implementering av nye rutiner og metoder kan bli møtt med noe skepsis og motvilje hos personalet. Spesielt hvis det betyr at noe vil ta lengre tid enn det allerede gjør. MOBID-2 har som sagt vist seg å være et lett og effektivt verktøy å bruke, selv om observasjonene baserer seg på å veilede pasienten gjennom flere ulike bevegelser. Likevel ser jeg er mulighet for å kunne gjøre det enda mer effektivt og samtidig øke forståelsen for hva man skal observere, ved å integrere bevegelsene i verktøyet inn i et bevegelsesmønster pasienten allerede har. Bevegelsene som er listet opp i MOBID-2 skal for eksempel knyttes til at pasienten går ut av sengen, vasker seg og kler på seg.

5. Konklusjon

Forskning har vist høy tilstedeværelse av smerter hos personer med demens, men at denne pasientgruppen ofte har underrapportert smerte. Når selvrapportering av smerte ikke lenger er mulig for pasienten blir ikke smerteproblematikken til pasienten fanget opp like enkelt. Derfor er det utviklet en rekke observasjonsbaserte kartleggingsverktøy som kan hjelpe oss med å identifisere smerte hos de som ikke klarer å uttrykke det selv. Et av disse verktøyene er MOBID-2. Dette verktøyet har vist gode muligheter for å kartlegge smerter og vurdere smerteintensitet, og skal være et lett og effektivt verktøy å bruke. MOBID-2 er også i stand til å måle effekten av behandlingstiltak, hvilket kan føre til bedre kontinuitet i smertebehandlingen. Utfordringene er mange når det gjelder smertebehandling hos personer med demens, og mangel på systematisk kartlegging er en av de. For at MOBID-2 skal kunne bidra til bedre smertebehandling hos personer med demens er det viktig med god kompetanse, både om smertebehandling hos personer med demens, men også om verktøyets oppbygging, muligheter og begrensninger. MOBID-2 smerteskala er ikke bedre enn vedkommende som bruker det. Det er viktig å huske at man alltid vil foretrekke selvrapportering, og at MOBID-2 kun brukes når dette ikke er mulig.

Referanseliste

- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer* (5. Utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 13. 62-64
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 265-285). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*
Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., ... & Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk epidemiologi*, 22(2).
- 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*, 18(10), 1419-1430.
- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 180-189.

- Husebo, B. S., 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 a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(2), 380-391.
- Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29-33.
- Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2008). Smerte hos eldre. I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105-127). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-75). Oslo: Gyldendal Akademisk

Selvvalgt litteratur

- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 13. 62-64 (3 sider)
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 265-285). Oslo: Gyldendal Akademisk (21 sider)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*
Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (65 sider)
- Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., ... & Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk epidemiologi*, 22(2). (9 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*, 18(10), 1419-1430. (12 sider)
- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 180-189. (9 sider)
- Husebo, B. S., 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 a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(2), 380-391. (12 sider)
- Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34 (9 sider)

- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29-33. (5 sider)
- Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe. (216 sider)
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk (30 sider)
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk (18 sider)

Antall sider selvvalgt litteratur = 409 sider.

Vedlegg 1 – Litteratormatrise

Referanse:	Hensikt:	Metode/Utvalg:	Resultat/Funn:
Husebo, B. S., 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 a clinical setting. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 24(2), 380-391.	Å presentere videreutviklingen fra MOBID til MOBID-2, samt teste påliteligheten og gyldigheten ved inter-rater og test-retest, og samsvar mellom elementene i verktøyet.	Tverrsnittstudie. 77 pasienter og 28 sykepleiere. Sykepleierne fikk en rask innføring i bruk av MOBID-2. Alle 77 pasienter ble kartlagt av to forskjellige sykepleiere og hver sykepleier kartla tre pasienter hver.	Det var høy tilstedeværelse av smerter knyttet til muskler og skjelett. Verktøyet har vist høy pålitelighet ved både inter-rater og test-retest. Det var utmerket overensstemmelse ved vurdering av smerteintensitet. Verktøyet hadde høy innholdsmessig kvalitet og var et lett og effektivt verktøy å bruke. Det var utfordringer knyttet til å oppdage smerter forbundet med hud og organer, og det ble poengtert at det var viktig å ha kjennskap til pasientens vanlige atferd.

Referanse:	Hensikt:	Metode/Utvalg:	Resultat/Funn:
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> ,	Å utprøve påliteligheten og oppdage målefeil, samt finne muligheter for endringer av kartleggings-verktøyet.	En randomisert kontrollert studie, med 352 deltakere (pasienter) fordelt i to grupper. En intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Test-retest ble utprøvd i kontrollgruppen, som fikk behandling og pleie som normalt, over to ukers intervaller. I	Resultatet viste høy pålitelighet på test-rest, både etter 2 og 4 uker i kontrollgruppen. Verktøyet er stand til å måle effekten av smertelindrende tiltak i intervensjonsgruppen. Det ble bekreftet en moderat sammenheng mellom endringer i skår på MOBID-2 og CMAI. Det var ingen sammenheng mellom ending i skår sammenlignet med de andre verktøyene.

18(10), 1419-1430.		<p>intervensjonsgruppen ble det utprøvd 6 hypoteser. Hypotesene gikk på verktøyets respons på behandlingstiltak, og sammenhengen på skår ved MOBID-2 sammenlignet med skår på andre verktøy som kartlegger problematferd, psykisk tilstand, ADL, MMSE og fysisk funksjon.</p>	
--------------------	--	---	--

Referanse:	Hensikt:	Metode/Utvalg:	Resultat/Funn:
<p>Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i>, 33(3), 29-33.</p>	<p>Å utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju. Tre ulike fokusgrupper med tilsammen 18 sykepleiere, som enten jobbet på geriatrisk avdeling på sykehus eller ved en skjermet enhet på sykehjem. Ingen av sykepleierne hadde noen form for videreutdanning innen eldre- eller demensomsorg.</p>	<p>Funnen er delt inn i tre kategorier: 1-Pasientens høye alder. Komorbiditet og polyfarmasi: Ubehandlet smerte kan føre til ytterligere patologiske tilstander. Det var bekymring for bivirkninger ved smertelindrende behandling. 2-Rutiner for smertekartlegging og – lindring: Sykepleierne benyttet seg sjelden av kartleggingsverktøy og det var behov og ønske om felles retningslinjer. 3-Etiske betraktninger med smertebehandling: Bruk av tvang var et dilemma ved smertebehandling. Noen opplevde utfordringer når pårørende hadde andre meninger om smertebehandlingen til pasienten.</p>

Referanse:	Hensikt:	Metode/Utvalg:	Resultat/Funn:
<p>Jensen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lore, G. F.</p>	<p>Å undersøke hvilke forutsetninger som bør ligge til</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju. Fem sykepleiere som alle jobber på</p>	<p>Problemer med å fange opp smerteatferd ved vage signaler og uklart sykdomsbilde.</p>

<p>(2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. <i>Geriatrisk Sykepleie</i>, 5(3), 26-34</p>	<p>grunn for at sykepleiere på best mulig måte skal kunne vurdere behovet for smertelindring hos pasienter med langtkommen demens og språlvansker.</p>	<p>sykehjem ble intervjuet. Det var fokus på sykepleiernes erfaringer og utfordringer ved vurdering og kartlegging av smerter.</p>	<p>Det var viktig med felles faglig forståelse og godt samarbeid i behandlingsteamet. Det var usikkerhet og redsel for mistolkning, og under- og overvurdering av behovet for smertelindring. Ingen av sykepleierne var kjent med bruk av smertekartleggingsverktøy til bruk for dette formålet. Det var samarbeidsproblemer med sykehjemslegen, og det var lite fokus på kunnskapsutvikling ved sykehjemmet.</p>
---	--	--	---

Referanse:	Hensikt:	Metode/Utvalg:	Resultat/Funn:
<p>Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 23(1), 180-189.</p>	<p>Å undersøke påliteligheten, ved intra- og interrater, av smerteatferdsindikatorer, smerteintensitet og total skår på MOBID.</p>	<p>Kartlegging skulle foregå gjennom videoopptak av 26 pasienter som ble veiledet gjennom ulike bevegelser. Kartlegginger ble gjort på dag 1, 4 og 8.</p>	<p>Det var enklest å observere smertelyder, men observasjon av ansiktsuttrykk økte etter flere kartlegginger. Påliteligheten var svingende, men viste best pålitelighet på smertelyder. Påliteligheten av smerteintensitet var moderat til høy på vurdering av total skår.</p>

Vedlegg 2 – MOBID-2 kartleggingskjema


APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala


MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjolett 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

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon:

	Smertelyd «Aui» Stønner Ynker seg Gåper Skriker	Ansiktsuttrykk Grimaserer Ryker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Avvergereaksjon Smiser Beslytter seg Skver fra seg Endringer i pust Knyper seg
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTENE! FOR DIN/E) OBSERVASJONER

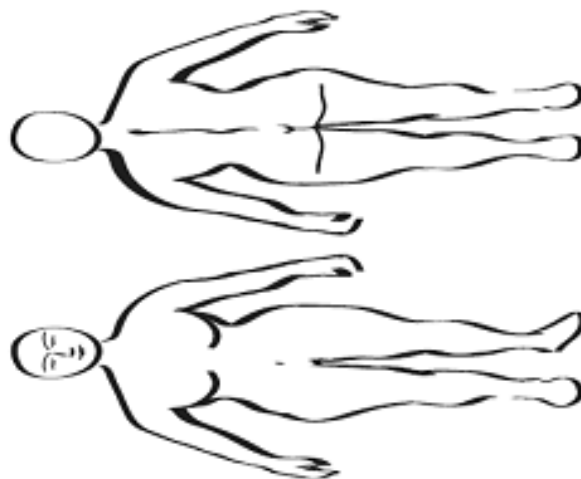
Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
	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

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).

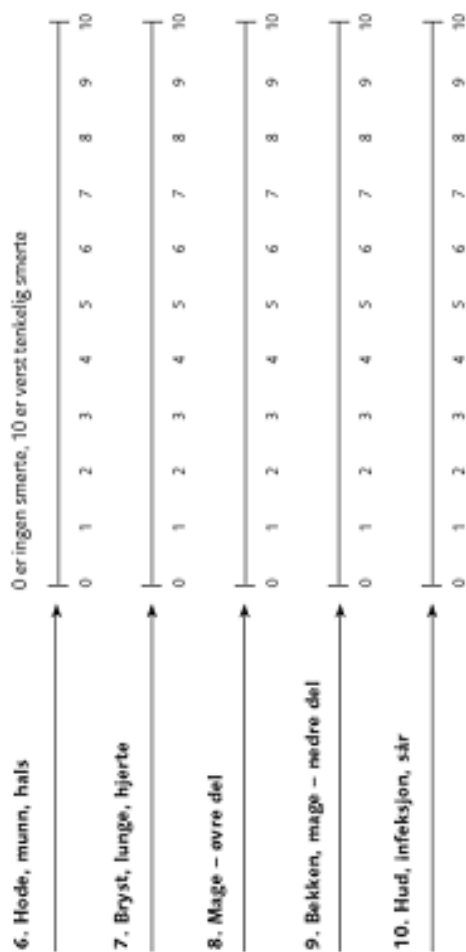
Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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



Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

