**Kan det være smerte?**

- **Implementering av kartleggingsverktøy for å kartlegge smerte hos personer med kognitiv svikt/demens**

**Is it pain?**

- **Implementing assessment tool to identify pain at people with cognitive loss / dementia**

---

Kandidatnr: 11  
Kull: videreutdanning i palliativ sykelpie, kull 2014-2016  
Antall ord: 5980  
Innleveringsdato: 14. april 2016  
Veileder: Ragnhild J Sekse
Publiseringsavtale

Avsluttende oppgaver for videreutdanningene ved VID

Tittel på norsk:

Kan det være smerte?
- Implementering av kartleggingsverktøy for å kartlegge smerte hos personer med kognitiv svikt/ demens

Tittel på engelsk:

Is it pain?
- Implementing assessment tool to identify pain at people with cognitive loss / dementia

Kandidatnummer: 11
Årstall: 2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven
Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).
Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjennelse.
Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved VID Vitenskapelige høgkole en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja ★
nei □

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(Båndleggsavtale må fylles ut)

ja □
nei ★

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja □
nei □

Er oppgaven unntatt offentlighet?
(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja □
nei ★
Sammendrag

I Norge i dag lever det ca. 70.000 personer med demens og antallet forventes dobles i løpet av de neste 20 årene. Mer enn 90% av pasientene som lider av demens opplever adferds problemer. Forskning har vist at smerte som ikke blir behandlet, øker adferds problemer hos denne pasientgruppen. Pasienter med langt kommet demens, klarer ikke gi verbalt uttrykk for sin smerte og det blir derfor vår jobb som helsepersonell å definere/ observere om pasienten kan ha smerter. Hovedutfordringen er at typiske smertereaksjoner kan ligne på demens adferd. Dette fører til at pasienten ofte får beroligende istedenfor smertelindring. Pasienter med langt kommet demens er også palliative pasienter. Vi som helsepersonell har da plikt til å hjelpe pasienten til å få kontroll over smerte og andre plagsomme symptomer. Dette kan forankres til Virgina Hendersons sykepleie teori, yrkes etiske retningslinjer for sykepleier og verdietsgarantien. Av erfaring ser jeg at det er lite fokus på kartlegging av smerter, før man gir medikamenter. Dette fagutviklingsprosjektet vil derfor ha som mål å implementere et nytt kartleggingsverktøy for vurdering av smerter til demente pasienter. Jeg har valgt ut mobid 2, som kartleggingsverktøy. For å få dette i bruk på arbeidsplass skal jeg holde en internundervisning på arbeidsplass for sykepleiere. Dette vil bli evaluert i etterkant for å se om vi er blitt flinkere på smertekartlegging, eller om vi trenger mer trening på dette.

Problemstilling
Hvordan kan jeg som sykepleier innføre et nytt kartleggingsverktøy for å kartlege smerte hos personer med kognitiv svikt/ demens

Nøkkelord
Mobid2, demens, smertekartlegging
**Abstract**

In Norway today it lives approximately 70,000 people with dementia and the number is expected to double over the next 20 years. More than 90% of patients that suffering from dementia, experience behavioral problems. Research has shown that not treated pain, increases behavioral problems in this patient group. Patients with advanced stage of dementia, can not give verbal expression of their pain and it is therefore our job as health care workers to define / observe whether the patient may have pain. The main challenge is that the typical pain reactions may resemble dementia behavior. This causes patients often receive sedatives instead of pain relief. Patients with advanced dementia are also palliative care patients. We as health professionals have as a duty to help the patient to regain control of pain and other distressing symptoms. This can be anchored to Virginia Hendersons nursing theory, ethical guidelines for nursing and dignity warranty. From experience, I see that there is little focus on identify pain, before giving medication. This professional development project will therefore aim to implement a new mapping tool for assessment of pain patients with dementia. I choose out mobid 2, as assessment tool. To get this in use at workplace should I keep an internal instruction on workplace for nurses. This will be evaluated afterwards to see if we have become better at pain mapping, or if we need more training on this.

**Issue:**

How can I as a nurse introduce a new assessment tool to identify pain in patients with cognitive loss?

**Keyword:**

Mobid2, Dementia, pain charting
Innhold

1.0 Innledning .......................................................................................................................... 5
  1.1 Introduksjon ...................................................................................................................... 5
  1.2 Bakgrunn for valg av tema .............................................................................................. 6
  1.3 Valg av problemstilling .................................................................................................... 7
  1.4 Avgrensinger og presiseringer ...................................................................................... 7
  1.5 Målet med oppgaven ...................................................................................................... 7
2.0 Teoretiske perspektiv ........................................................................................................ 8
  2.1 sykepleie teoretiker ...................................................................................................... 8
  2.2 yrkes etiske retningslinjer ............................................................................................ 8
  2.3 Hva vil det si å være dement? ....................................................................................... 9
  2.4 Hva er egentlig smerte? ............................................................................................... 9
  2.5 Vurdering av smerte ..................................................................................................... 11
  2.6 Verdighetsgarantien ..................................................................................................... 11
  2.7 Budsjett .......................................................................................................................... 11
2.8 literatursøk ........................................................................................................................ 12
3.0 resultat fra forskning ........................................................................................................ 12
  3.1 Presentasjon av artiklene .............................................................................................. 12
  3.2 Oppsummering av artiklene .......................................................................................... 16
4.0 Praktisk metodisk gjennomføring .................................................................................. 17
  4.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektplan ...................................................... 17
  4.2 utvalg og varighet ........................................................................................................ 17
  4.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy ........................................................................... 18
  4.4 Budsjett .......................................................................................................................... 19
  4.5 Etiske overveielser og tillatelser ................................................................................ 19
  4.6 Evaluering av prosjektet ............................................................................................. 20
  4.7 Metodiske drøftinger .................................................................................................... 20
5.0 formidling/ målgrupper ................................................................................................... 21
Referanser ................................................................................................................................ 22
Vedlegg 1 .................................................................................................................................. 24
Vedlegg 2 .................................................................................................................................. 25
Vedlegg 3 .................................................................................................................................. 26
1.0 Innledning

1.1 Introduksjon


1.2 Bakgrunn for valg av tema


WHO definerte i 1990 den palliative pasient som

«palliative care is the active, total care of patients at a time when their disease is no longer responsive to curative treatment and when control of pain, of other symptoms and of social, psychological and spiritual problems is paramount»

Hovedfokuset ved pleie til pasienter i palliativ fase, bør være å bedre, opprettholde eller legge til rette for best mulig livskvalitet hos pasient og pårørende (Kaasa, 2013 s 37). Dette er en fordypningsoppgave i min videreutdanning i palliativ sykepleie. Problemstillingen min er relevant til denne fordypningen da pasienter som har langt kommet demenssykdom også er i palliativ fase, da de ikke har mulighet for å bli frisk.
1.3 Valg av problemstilling

_Hvordan kan jeg som sykepleier innføre et nytt kartleggingsverktøy for å kartlege smerte hos pasienter med kognitiv svikt._

1.4 Avgrensinger og presiseringer


1.5 Målet med oppgaven

_Målet med denne oppgaven er å skape en kultur for å ta i bruk kartleggingsverktøy som vil gi en bedre hverdag til pasienter som lever med kognitiv svikt og ikke kan uttrykke sin smerte. Det skal være lett anvendelig og ønskelig at flest mulig helsepersonell tar det i bruk. Ved å gjøre et prosjekt studie, vil en få bedre kunnskap og innsikt om emnet jeg har valgt å skrive om._
2.0 Teoretiske perspektiv

2.1 sykepleie teoretiker

2.2 yrkes etiske retningslinjer

1,8 Sykepleier har ansvar for en sykepleie praksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død.
3,3 Sykepleier erkjenner grenser for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.
3,5 sykepleier bidrar til verdivevisshet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis
4,2 sykepleier ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere som deltar i pleie og omsorgsfunksjoner.
Dette er et fagutviklingsprosjekt hvor målet er å øke fagkompetansen på min arbeidsplass. Punkt 3.5 og 3.3 er derfor svært sentral til min oppgave. Den kan også settes sammen med punkt 4.2. Dette har jeg med da jeg som palliativ sykepleier har et ansvar om å veilede mine medarbeidere til økt kunnskap og faglig veiledning. Punkt 1.8 kan relateres til oppgaven da pasienter med demens er i palliativ fase og man vil med god kartlegging av eventuelle smerter, og lindre lidelse i palliativ fase.

2.3 Hva vil det si å være dement?
Demens er definert som en tilstand der flere av de intellektuelle/kognitive funksjonene er svekket, det vil si hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, evne til å tenke abstrakt og språkfunksjoner. Ved alvorlig demens er pasienten ikke orientert for tid, sted og situasjon. Og er ikke i stand til å ta vare på seg selv. (Dietrichs, 2010 side 397) Demens er en organisk hjernesykdom som særpreges av redusert mental kapasitet i og med at deler av hjernen blir ødelagt. Reduksjonen i mental kapasitet resulterer etter hvert i at en får problemer med å lese, skrive, snakke og knytte ord til tanker. Det kan videre bli vanskelig å tolke og forstå hva andre sier (Birkeland, Flovik, 2011 side 93).

2.4 Hva er egentlig smerte?

Hos gamle pasienter er smerter et symptom som forekommer hyppig. Flere undersøkelser viser at mange eldre ikke får adekvat smertebehandling (Brotkorb, 2008, side 331.). Studier viser at forekomsten av smerte blant gamle i sykehjem er mellom 41 og 83%. Man kan også
se at pasientene som var i stand til selv rapportere smerte, hadde 47\% opplevd smerte bare i løpet av den siste uken. Resultatene viser også at det er vanskelig å angi smerteforekomst i sykehjem eksakt, fordi mange gamle i sykehjem har kognitiv svikt og ikke gir verbalt uttrykk for sin smerte. I den samme studien var nesten en firedel av beboerne ikke i stand til å angi om de hadde opplevd smerte den siste uken (Bjøro, Torvik, 2008, side 334).


**Ansiktsuttrykk:** mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimaser, synet vanne, lukkede øyne, rask blanking

**Verbalisering, vokalisering:** sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.

**Kroppsbegynslinger:** rigid og anstrengt kroppstilling, beskyttende kroppsbegynslinger, urolige, nervøse begynslinger, gyngende begynslinger, rytmiske begynslinger, begrensende monotone begynslinger, endringer i gangart og kroppsbegynsligelse

**Forandringer i mellommennelignende samhandling:** aggressiv, stridslyst, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel

**Forandring i aktivitetsmønster og rutiner:** matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperiode, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring

**Forandring i mental status:** gråteto, rennete tårer, økt forvirring, irritabilitet (Bjøro, Torvik, 2008, side 342)
2.6 Vurdering av smerte
Med sviktende språk evne blir det nødvendig å observere adferd som et tegn på smerte. I de senere år, er det utviklet kartleggings skjema for å vurdere denne pasientgruppens smerte. Av disse er prøvd ut og oversatt i Norge, Checklist of nonverbal Pain indicators (CNPI) og Doloplus2. CNPI ble testet i norske sykehjem og har tilfredsstillende pålitelighet. Det negative med denne er at den ikke dekker all smerte, og har pasientene mindre vanlig adferdsmessig smerteuttrykk, er det fare for at smerte ikke alltid blir observert. Doloplus 2 er også utprøvd på sykehjems pasienter med demens sykdom. Resultater av dette viser at det kan være et nyttig hjelpemiddel i bruk av kartlegging av smerte til demente. (Bjøro, Torvik 2008, side 341-342). Det har i den senere tid kommet et nytt verktøy som heter MOBID 2, dette er det jeg har valgt å finne ny forskning om og arbeide vider med i oppgaven. Dette gjør jeg som en avgrensing pga oppgavens begrensing.

2.7 verdighetsgarantien

2.8 literatursøk
I denne oppgaven vil jeg bruke ordene, smerte, pain, painrelif, dementia, mobid 2 for å søke etter litteratur til oppgavens problemstilling. Det ble gjort søk i chinal, google schoolar, swemed. Vil også søke på blant annet Bettina Husebø, da jeg vet hun har en del artikler ute om dette temaet. Da jeg søkte på en av hennes artikler gikk jeg inn i littaraturlisten på artikkelen hennes og fant flere aktuelle artikler jeg kunne bruke. I neste kapitel vil jeg presentere de jeg har valgt ut til å bruke.
3.0 resultat fra forskning

3.1 Presentasjon av artiklene

*Nr1 Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*

**Forfattere** Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø

**Publisert hvor:** Vård i Norden 3/2013. Publ. No. 1 PP29-33

**Land/ kontinent**

**Metode:** kvalitativ studie. For å kunne utforske sykepleierenes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring av pasienter med demens ble kvalitative forskningsintervju bestemt som den mest egnete metoden for datainsamling

**Hensikt:** Denne studien ble gjort for å undersøke hvilke utfordringer som kan relateres til at eldre mennesker generelt, og spesielt eldre med demens rapporterer mindre smerte enn yngre mennesker:

**Funn/ resultat:** Et hovedtrekk i alle intervjuene som ble gjort var at det å være sykepleier og å arbeide med personer med demens er både faglig spennende og utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring. Informantene i studien utrykte bekymring over hvor mange eldre mennesker kunne ha underdiagnostisert og underbehandlet smerte. En informant mente at jo eldre pasienten er, desto lavere toleranse for medisiner og spesielt smertestillende medisiner- de kunne bli svimle, susete i hodet og økende falltendens. De fleste informantene var enig i at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen kan føre til at pasientene ikke kan verbalisere sin smerte. Dette gir fare for at pasienten får blindt sine smerter og får korrekt behandling. Deltagerne i studien benyttet sjeldent eller aldri smerte kartleggingsverktøy. Sykepleierne som arbeidet på sykehjem opplyste at de ikke hadde noen spesielle smertevurderingsinstrumenter, men de benyttet et døgnregistrerings skjema hvor de dokumenterte pasientens adferd gjennom døgnet. Det var ønske fra alle deltakerne om innføring av felles retningslinjer for kartlegging av smerter. Studien avdekker at det er utfordringer knyttet til smertevurdering og kartlegging hos pasienter med demens. Når demens sykdommen reduserer pasientens evne til å verbalisere sin smerte kan behovet for smertelindring formidles gjennom adferd og/ eller kroppsspråk. Smertekartlegging hos pasienter med demens var en utfordring informantene i denne studien mente kunne være
årsaken til at pasientene fortsatt lider unødvendig. Sykepleierne har også ansvar for egen fagutvikling og å arbeide kunskapsbasert. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og kontinuerlig fokus på mulig smerte hos pasientgruppen vil øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring.

**Nr2. Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain?**

**Forfatter:** Elisabeth Flo, Christine Gulla og Bettina S. Husebo  
**Publisert:** 6 November 2014, Springer International Publishing Switzerland 2014  
**Land/ kontinent – tilknytning til** Department of Global Public Health and Primary Care, Centre for Elderly and Nursing Home Medicine, University of Bergen, 5020 Bergen Norway  
**Metode:** Dette er en oppdatert litteratursøk basert på nyere søk på utgitt materiale fra utvalgte forfatterne, med vekt systematiske og randomiserte kontrollertestudier (RCT). Oppdaterte søk ble utført i PubMed, Medline og Cochrane, ved hjelp av publikasjonen kvalitetskriterier.  
**Hensikt:** Målet med denne artikkelen er å se på forhold til smerte og nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens, og beskrive effekten av smertelindring for både smerte og adferdsforstyrrelser hos pasienter med demens. Denne Artikkelen gir en oversikt over eksisterende internasjonale retningslinjer og anbefalinger for smertebehandling med utgangspunkt på pasienter med demens.  
**Funn og resultat:** Artikkelen viser at det er en sammenheng mellom smerte og nevropsykiatriske symptomer hos pasienter med demens. Et stort antall elementer i dagens smerte kartleggingsverktøy for pasienter med demens overlapper de nevropsykiatriske. Dette er fortsatt en metodisk og klinisk utfordring og kan dessverre føre til en utilfredsstillende kartlegging av smerte og nevropsykiatriske symptomer. Nå er det sannsynlig at sykehjem ansatte som konsentrere seg om smertevurdering vil dømme en tilstand annerledes sammenlignet med ansatte med kompetanse og fokus på demensomsorg. Av denne grunn, er gyldigheten av smerteverktøy som inkluderer typiske nevropsykiatriske symptomer, i stedet for å vektlegge ansiktssuttrykk, stemmebruk og kroppsbevegelser, sagt at man skal brukes ved forsiktighet. Denne oppsummeringen av eksisterende forskning på smerte, smertebehandling og sammenligningen med nevro psykiatriske symptomer fremhever mangelen på randomiserte kontrollerte studier med tilstrekkelig statistisk styrke. Slike studier er nødvendig for å sikre bedre forskjells vurdering av smerte og nevro psykiatriske symptomer, og konsekvenser av dette.

**Forfattere** Corbett. Anne, Husebo. Bettina, Ballard. Clive

**Publisert** Nursing & Residential Care (NURS RESIDENTIAL CARE), Sep2012;14(9):462-467,(6p), Communications Manager, Alzheimer's Society

**Land/ continent**: Core Nursing; Double Blind Peer Reviewed; Editorial Board Reviewed; Europe; Expert Peer Reviewed; Nursing; Peer Reviewed; UK & Ireland

**Metode**: Tidsskrift Artikkel - case studie, bilder, tabeller/diagrammer

**Hensikt**: Forfatterne vil forklare hvilke verktøy som finnes for helsepersonell som arbeider i omsorgsboliger/ sykehjem for å sikre komfort og velvære for beboerne. Da verktøy som identifiserer smerte.

**Funn/ resultat**: Det er fortsatt noen store hull i kunnskapsgrunnlaget for behandling av smerter i demens omsorgen. Det er et sterkt behov for storskala studier ved hjelp av validerte verktøy for å rapportere om effekten av behandlinger på smerteatferd og intensitet ettersom studier så langt har hovedsakelig fokuset på proxy tiltak som vurdering av atferdsmessige symptomer. I tillegg er det ingen bevis rundt effekten av behandlinger i mennesker med forskjellige typer av demens, eller ulike årsaker til smerte. Dette kan være spesielt verdifullt i tilfelle av inflammatoriske tilstander, som kan reagere forskjellig på analgesi. Til slutt, har ingen studier utforsket effekten av behandlingen på symptomer knyttet til humør, inkludert depresjon og angst, som er viktige faktorer i relaterte symptomer som agitasjon. Det er derfor et klart behov for å fremme forskning på smerte i demens, spesielt i innstillinger som omsorgsboliger/ sykehjem der beboerne er mer sårbare på grunn av sannsynligheten for samtidige tilstander som forårsaker smerte. Legger ved tabellen som viser hva forfatterne sier om de ulike verktøyene, vedlegg 2.

---

**Nr4 Smerteevaluering ved demens**

**Forfatter** Bettina Husebø


**Land/continent** Norge

**Hensikt** Dette er et sammendrag av en større avhandling gjort av Bettina Husebø på testing og utvikling av Mobid 2 som smertekartleggingsverktøy for demente
Metode
det ble valgt ut 284 sykehjemspasienter til å være med i studiet. Alle skulle ha demens av ulik grad og forskjellige typer. Det ble inkludert personer med og uten smerte i prosjektet for å registrere smerteadferd og tolket smerteintensitet ved gjentatte video opptak under morgenstell, og ellers undersøkelse. Metode testing av kartleggingsverktøyet inkluderte vurdering av reliabilitet, validitet og klinisk nytte for pleiepersonell.

Funn/resultat

Under studie ble flere analyser gjennomført under forutsetting av at personer som brukte instrumentet hadde kjennskap til pasienten og hadde fått systematisk innføring i bruken av instrumentet. Observasjon av smerteadferd som respons på standariserd bevegelser viste seg å være et godt grunnlag for å anslå smerteintensitet relatert til muskel- og skjelett-systemet. Smerter som ikke kan relateres til muskel og skjelett system forekommer hyppig, men er vanskelig å vurdere. Analysen av sykehjemspasienter med ulik grad og type av demens viste at pasienter med alvorlig demens hadde like høy smerteintensitet som pasienter med mild og moderat demens, og uten demens. Det kommer tydelig frem at før mobid 2 kan tas i bruk, anbefales det sterkt at det gjennomføres et standariserd opplæringsprogram for pleiepersonalet.

Det bør da være temaer som omhandler ulike diagnoser og stadier av demens, smerte relatert til muskel og skjelett systemet, indre organer, hud og hodet. smerte adferd og bruk av smerteintensitetskala og smertetegning.
3.2 Oppsummering av artiklene

4.0 Praktisk metodisk gjennomføring

4.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektplan

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. En metode forteller oss om hvordan vi går frem for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap (Dalland, 2007 side 83).

Dette er en prosjektplan for et fagutviklingsprosjekt for å øke kompetansen på min arbeidsplass. Fagutviklingsprosjekt har som mål å utvikle eller gjennomføre kvalitetsforbedringer på et kjent problem eller utfordring i praksis. (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 34). Hensikten med prosjektet er å øke kompetansen og tryggheten blant sykepleierne til å bruke kartleggingsverktøy for smertekartlegging hos pasienter med kognitivsvikt/ demens. Derfor vil et fagutviklingsprosjekt passe min problemstilling best. Etter at prosjektet er startet, vil det komme et evaluerings skjema hvor jeg samler inn data fra de som er med i prosjektet. Dette for å sikre om kvaliteten på mitt arbeid er godt nok presentert.

4.2 utvalg og varighet

4.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy

Dette prosjektet skal implementere Mobid 2, (vedlegg3) som kartleggsverktøy på min arbeidsplass. Jeg har brukt artikken til Husebø og Sandvik- måler smerte hos personer med demens til å forklare bruken av verktøyet. Mobid ble designet for pasientens hverdag situasjon i sykehjem. Den fanger opp de observasjoner pleiere gjør av smertereaksjoner os sine pasienter under stell situasjonen. Verktøyet består av to deler:

**Del 1**

Fanger opp smerte fra muskulatur, ledd og skjelett og skal utføres under fem standariser og aktiv mobilisering som er typisk for hverdagen i sykehjem. Dette gjør at pasienten beveger hele kroppen, og vi får vurdert smerte i bevegelse. Man må lede pasienten gjennom 5 ulike øvelser.
1- åpne og lukke begge hender
2- strekke begge hender over hode
3- bøye og strekke ankler, knær og hofter
4- snu seg i sengen
5- sette seg opp på sengekanten

Pleier vurderer pasientens respons etter hver øvelse, og krysser av dersom han eller hun viser smerterelatert adferd som: lyder- (AU!, stønn, ynk, gisp, skrik eller rask pust), ansiktsurtykk-(grimaser, rynket panne, strekker munnen, lukker øyene), avvergende reaksjon- (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg). Adferden tolkes deretter ut fra en NRS skala fra 0-10. Der null er ingen smerte og ti er verst tenkelig smerte.

**Del 2**

6- hode munn og hals
7- bryst, lunge og hjerte
8- øvre del av mage
9- bekken, nedre del av mage
10- hud, infeksjon, sår
Praktisk informasjon ved bruk av verktøyet:

4.4 Budsjett
En forutsetning for å gjennomføre fagutviklingsprosjektet er at avdelingsleder på sykehjemmet hvor jeg jobber frigjør meg fra jobb slik at jeg får mulighet til å forberede undervisningen og bearbeide materialet i etterkant. Jeg er valgt ut som ressursperson innenfor det palliative fagfeltet, og har med det krav på frikjøp av arbeidsstillingen min for å jobbe med kompetanseheving innenfor palliasjon på arbeidsplassen. Jeg tenker å bruke en av mine sånne dager til å lage i stand undervisning. Jeg tenker at denne undervisningen skal foregå på et sykepleiermøte, dette ligger i turnus hos noen, men alle sykepleiere som føler dette er av interesse er hjertelig velkommen til å delta. Jeg velger å lage en power point undervisning, hvor alle som deltar på undervisningen vil få levert ut et eksemplar av innholdet som blir presentert.

4.5 Etiske overveielser og tillatelser
4.6 Evaluering av prosjektet
Etter at jeg har hatt undervisning i bruk av kartleggingsverktøy, vil jeg etter noen måneder be om et nytt møte hvor vi evaluerer om tiltaket har hatt effekt, eller om det er noe vi kan gjøre annerledes. I forkant av dette møte vil jeg lage et spørre skjema hvor kartleggingsskjemaet blir evaluert og resultatene av dette vil bli utgangspunkt for refleksjon videre. Her vil jeg få frem erfaringer fra sykepleier og lege (vedlegg 1). Prosjektet vil være lagt til 1 undervisning i starten, men setter opp flere undervisninger dersom flere enn sykepleierne ønsker undervisning om dette.

4.7 Metodiske drøftinger
Mange kan se det som en svakhet at jeg ikke inviterer alle inn til dette prosjektet med en gang. Jeg ser på det som en positiv ting å gjøre. Ved å invitere alle arbeiderne på arbeidsplassen, blir det alt for mange og mange av dem er ufarlige. Jeg fokuserer på sykepleierne i oppstartfasen, da det er de som er bindeleddet til legen. Når de føler seg fortrolig i bruken, kan jeg ha undervisning til andre grupper, evt sykepleierne på de ulike avdelingene kan lære det videre. Metoden jeg har valgt for gjennomføring av prosjektet kan ha både sterke og svake sider. Det er ikke lett å vite så mye om dette nå før undervisningen og prosjektet er satt i gang, men noe jeg kan se for meg allerede er:

En sterk svakhet vil være tiden vi har til rådighet for undervisningen. Det blir lite tid til grundig gjennomgang av kartleggingsverktøyet, dette kan føre til at folk sitter inne med spørsmål de lurer på for å få brukt verktøyet skikkelig. En annen svakhet vil være at ikke sikkert det dukker opp så mange, da de enten må være litt lengre på jobb, eller bruke fritid og komme tidligere på jobb.

En sterk side ved prosjektet er blant annet at det vil være et forum hvor man har mulighet til å komme med innspill til hvordan vi kan bruke kartleggingsverktøyet på best mulig måte. Undervisningen skal ha et tverrfaglig utgangspunkt, hvilket forhåpentligvis vil styrke et fremtidig samarbeid bedre enn slik det er nå. Det vil være en undervisning til alle sykepleiere på alle skift, noe som vil bedre kvaliteten på smerte «pleien» vi gir gjennom hele døgnet. En annen side av prosjektet er samarbeid med tilsynslege. Mange sykepleiere opplever at ny kunnskap er ukjent for legene, og at det blir lite vektlagt i behandlingen som blir utøvd. Jeg har derfor med legen på dette prosjektet for å opprettholde bedre dialog og evt styrke et bedre samarbeid.
5.0 formidling/ målgrupper

Målet med dette prosjektet og undervisningen er at man blir mer sikker i hvilke lidelser pasienten har før man eventuelt gir noen medisiner. I denne oppgaven da spesielt smerter og kartlegging av dette. Jeg vil også bidra til at institusjonen jeg jobber på vil få et helsevesen som har kompetanse om kartlegging, behandling og organisering av hjelpetiltak i palliativ fase av pasientens liv. Pasienter og pårørende trenger å møte kompetente fagpersoner som klarer å stå i de ulike fasene hvor livet går mot slutten. Jeg forventer at helsepersonell vil fortsette i sitt arbeid med ny faglig tyngde, som jeg håper jeg kan bidra med. Gjennom min videreutdanning i palliativ sykepleie har jeg opparbeidet meg økt kompetanse innenfor det palliative fagfeltet og har derfor bedre forutsetninger til å møte de daglige utfordringene vi har i kommunehelsetjenesten. Jeg har kunnskap til å vurdere palliative pasienter, veilede kollegaer i fagfeltet og foreslå kunnskapsbaserte tiltak,-både ved å følge opp og evaluere tiltakene. Og jeg håper at kompetansehevingen på sikt vil gi meg mulighet til å jobbe som fagutviklingssykepleier på mitt arbeidssted. Mitt håp er at kompetanseutviklingen i lindrende behandling og implementering av kartleggingsverktøy, retningslinjer og anbefalinger i forhold til dette, vil medføre økt fokus på kvaliteten av sykepleien vi gir. Jeg vil ha fokus på at alle pasienter uavhengig av diagnose får like stor oppmerksomhet rundt symtomlindring som kreftpasienter, at også de mottar kvalifisert palliativ behandling for lindring av smerter og andre plagsomme symptomer. Innenfor det palliative fagfeltet et det opprettet et nettverk for ressurs- sykepleiere. Dette er organisert ved at flere kommuner og ulike sykehus avdelinger samlas jevnlig for å utveksle erfaringer, støtte og bistå hverandre som netverksbygging. Jeg er ny i gruppen, men ser frem til å bli mer aktiv etter hvert. Dersom mitt fagutviklingsprosjekt er en suksess på min arbeidsplass, vil jeg ta med meg prosjektet videre til nettverksgruppen og presentere det for de.
Referanser

**Bøker:**


Brinchmann, B.S., (2008) Innledning, i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk- i sykepleien.* 2.utgave, 1 opplag, Oslo, Gyldendal Akademisk.side 18, 102-106


**Lovverk:**

Vedlegg 1

Evaluering av prosjektet:

I hvilken grad mener du at undervisningen har bidratt til å gjøre deg bedre rustet til å bruke kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos kognitiv svekket pasienter?

(ingen endring ift før) 1 2 3 4 5 (godt utbytte av undervisningen)

Etter undervisningen, føler du deg mer sikker på behandling av smerter fremfor demens uro- har du gitt mer problemrettet medisinering som smertestillende istedenfor beroligende?

(ingen endring ift før) 1 2 3 4 5 (godt utbytte av undervisningen)

Er det noe du ville gjort annetledes i forhold til undervisningen?

Var det satt av nok tid, rett tidspunkt for undervisning?

Har du noen ønsker for andre undervisninger innenfor palliasjon?
<table>
<thead>
<tr>
<th>Assessment</th>
<th>Description</th>
<th>Summary comments</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Present Pain Intensity (PPI)</td>
<td>Scale from 0 (no pain) to 5 (excruciating). Can be used as self-report or with health professional. To measure pain now or within the last week</td>
<td>Likely to be less applicable and consistent when used with people with severe dementia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE) and global staff rating</td>
<td>Used by caregiver or health professional. This tool has 24 items assessing physical components, pain intensity rating and activities of daily living. To measure pain over the last 2 weeks.</td>
<td>Based on American Geriatric Society (AGS) Panel recommendations. Interpretation of overall pain intensity by nursing staff is unclear. Different scoring systems limit use for research purposes. For advanced dementia</td>
</tr>
<tr>
<td>Pain Assessment instrument in Noncommunicative Elderly (PAINE)</td>
<td>22 items, with frequency of occurrence of pain behaviours ranging from 1 (never) to 7 (several times an hour) to measure pain over the last 2 weeks</td>
<td>Promising evidence for reliability, validity and responsiveness. Significant agreement with PADE between types but low across types. Further analysis in large cohorts is required</td>
</tr>
<tr>
<td>Abbey</td>
<td>Six items rated by severity (0-3) including vocalisation, behavioural change and physical changes to measure pain now.</td>
<td>Instruction for staff is not clearly established. Further testing in larger sample sizes is required</td>
</tr>
<tr>
<td>Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer's Type (DIS-DAT)</td>
<td>A scale with nine items, including vocalisation, breathing, facial expression, and body movement. This involves rating the pain frequency, intensity, and duration after a 5 minute observation.</td>
<td>Well established validity. Time consuming scoring system, most useful in research settings.</td>
</tr>
<tr>
<td>Checklist of Nonverbal Pain indicators (CNPi)</td>
<td>Six items, a yes/no scale rating, after a 5-minute observation</td>
<td>Easy to use. More extensive validation is required</td>
</tr>
<tr>
<td>Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)</td>
<td>Five items, three-point scales, after 5-minute observation</td>
<td>Despite appearing easy to use, the tool is complicated by an extensive list of explanations and definitions. Further research needed for use of breathing and consolability for pain behaviours</td>
</tr>
<tr>
<td>Elderly Pain Caring Assessment 2 (EPCA-2)</td>
<td>Eight items scale comprised of two subscales rated after 5 minutes observation before and during care giving; item intensity is rated on a five-point scale</td>
<td>Based on AGS Panel recommendations. Evaluation is robust as it involves clinicians and caregivers, with good reliability, responsiveness and validity. However, requires time for staff training and effective administration.</td>
</tr>
<tr>
<td>DOLOPLUS-2</td>
<td>Three sub-groups include 10 items with behaviours that could reveal pain</td>
<td>Validation provides evidence that repetition of assessments is feasible on one rating scale</td>
</tr>
<tr>
<td>Non-Communicative Patient's Pain Assessment instrument (NOPPAIN)</td>
<td>Pain rating in response to nine activities of daily living and six pain behaviours</td>
<td>Promising outcomes from initial validation using video recordings of an actress portraying a patient. Evaluation in clinical settings is required.</td>
</tr>
<tr>
<td>Mobilization-ObservationBehaviour-intensityDementia (MOBID-2) Pain Scale</td>
<td>Part 1: Five items (muscle-skeletal), and part 2: five items (head, skin, and internal organs); pain intensity is based on observed pain behavior after guided movements</td>
<td>Adds new perspectives related to location of pain and relationship of behaviour and pain intensity. Excellent reliability, validity and feasibility in clinical settings.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)</td>
<td>24 items, three dichotomous subscales based on pain behaviour; Number of observed pain behaviors indicates pain intensity</td>
<td>Promising outcomes from validation. Further evaluation required to discriminate between pain behaviour and behaviour related to other unmet need.</td>
</tr>
<tr>
<td>The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) Protocol</td>
<td>Physical assessment, history review, assessment of affective needs.</td>
<td>Designed as an intervention, not just an assessment tool. Promising evidence of value as part of a clinical protocol for assessment and management of unmet needs. Reliability data is required.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Vedlegg 3

MOBID-2 smerteskala

Mobilisering - Observation - Behaviour - Intensity - Dementia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Patientens navn:</th>
<th>Dato:</th>
<th>Tid:</th>
<th>Avdeling:</th>
</tr>
</thead>
</table>


**Smerteferd**

Sett et eller flere kryss for hver observasjon:
- Smerteferd: smerter, ansiktsstrykk og avvergereksem, som kan være relatert til smerte

**Smerteintensitet**

Basert på observert smerteferd: tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smerteferd</th>
<th>Smerteintensitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Led til å åpne begge høred</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Led til å stille seg i navn mot hodet</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Led til å stille seg på en av hvedelene</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Led til å sette seg i en av hvedelene</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Led til å sette seg opp på en av hvedelene</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Smerteferd**

Bruk front- og baksiden av kroppstigningen aktivt. Sett krysser forklo observasjoner relatert til smerteferd (smerteferd, ansiktsstrykk og avvergereksem)

**Smerteintensitet**

Basert på observert smerteferd: tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smerteferd</th>
<th>Smerteintensitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6. Hode, mann, hals</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Dyp, lange, hjørne</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Magen – øvre del</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Sekken, mage – øvre del</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Hud, infeksjon, øre</td>
<td>0 = ingen smerte, 10 = verste tenkelig smerte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Basert på alle observasjoner gir en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

Sørger forfattet av en, leder for vernevernehodeleg, og underskriver moren.