

Smertevurdering ved demens MOBID-2

Reidun Sandvik

Demens

«Demens er et klinisk syndrom forårsaket av sykdom i hjernen, vanligvis av progredierende natur, dette fører til endring i flere kognitive funksjoner, inkludert hukommelse, tenkeevne, orientering, forståelse, læring, språk og problemløsning»

WHO, 2010

Demens

«Demens er et **klinisk syndrom** forårsaket av sykdom i **hjernen**, vanligvis av progredierende natur, dette fører til **endring** i flere **kognitive funksjoner**, inkludert hukommelse, tenkeevne, orientering, forståelse, læring, språk og problemløsning»

WHO, 2010

Endimensjonale verktøy

- › Kan brukes ved moderat demens (Scherder & Bouma, 2000; Chibnall & Tait, 2001; Taylor et al. 2005)
- › Kan anvendes hos 55-100 % med mild/moderat demens, ved alvorlig demens kun 21-36 % (Closs et al. 2004)
- › Lik ved flerdimensjonal kartlegging hos personer med og uten demens (Scherder et al. 2001)

Smerte kan føre til

- › Smerte kan føre til adferds- og nevropsykiatriske symptomer som apati, aggresjon, vandring, verbale klager (Husebo et al. 2011)
- › Smerte kan øke emosjonelle symptomer som frustrasjon, irritasjon, engstelse (Torvik et al. 2010)
- › Smerte kan gi redusert livskvalitet (Klapwijk et al. 2016)
- › Smerte reduserer aktiviteter i dagliglivet (Shega et al. 2010, Sandvik et al. 2014)
- › Smerte kan påvirke søvn negativt (Giron et al. 2002)

Hva inngår i en smerteundersøkelse?

- › Pasientundersøkelse
- › Anamnese/ historie
- › Smertelokalisasjon
- › Smerteintensitet
- › Varighet
- › Emosjoner /affekt
- › Smertens kvalitet
- › Konsekvenser av smerte
- › **Adferd**

Abdulla et al., 2013

Smertevurdering ved langtkommet demens

1. Ansiktsuttrykk (strammer munnen, rynker bryn)
2. Verbalisering (klager, roper, stønner)
3. Kroppsbevegelser (masserer, vandrer, avverge)
4. Endring i sosial funksjon (isolerer seg)
5. Endring i aktiviteter/rutiner (uro, søvnforstyrrelser)
6. Endring i mental status (psykose)

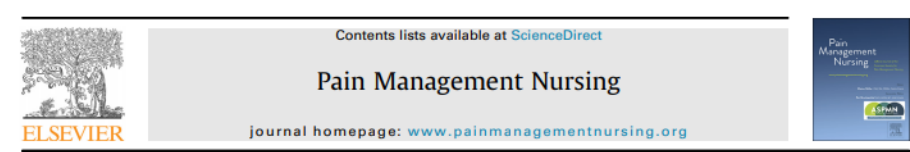
American Geriatric Society, 2009; Hadjistavropoulos et al. 2014



Hvordan?

- › 1. Kartlegg slik det er tilpasset/adekvat for pasienten
 - › a. Ta hensyn til og finn potensielle årsaker for smerte
 - › b. Prøv selvrappport
 - › c. Observer atferd
 - › d. Se etter endringer i atferd/oppførsel/sosal funksjon
 - › e. Prøv analgetika
- › 2. Rett verktøy til rett person til rett tid
- › 3. Reduser focus på vitale tegn
- › 4. Kartlegg, re-kartelgg og dokumenter

- › Jobben er ikke gjort med MOBID-2
 - › Grundig undersøkelse av lege, andre i team
 - › Hvis det ikke er smerte, hva gjør vi da?



Contents lists available at ScienceDirect

Pain Management Nursing

ELSEVIER journal homepage: www.painmanagementnursing.org

ASPMN 2019 Position Statement: Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report

Keela Herr, PhD, RN, AGSF, FGSA, FAAN^{*},
Patrick J. Coyne, MSN, ACHPN, ACNS-BC, FAAN, FPCN[†], Elizabeth Ely, PhD, RN[‡],
Céline Gélinas, PhD, RN[§],
Renee C.B. Manworren, PhD, RN, BC, APRN, PCNS-BC, AP-PMN, FAAN^{#, **}

^{*} University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Iowa
[†] Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina
[‡] University of Chicago Hospitals, Chicago, Illinois
[§] Ingram School of Nursing, McGill University, Centre for Nursing Research, Montreal, Quebec, Canada
[#] Lady Davis Institute, Jewish General Hospital—CIUSSS Centre-West-Montréal, Montréal, Québec, Canada
^{**} Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, Illinois

Demensadferd

”All atferd har en mening for personen som innehar den. All menneskelig atferd har en motivasjon, noe som utløser den og får oss til å opptre akkurat slik vi gjør. Personer som rammes av demens er ikke noe unntak i så måte“

Selnes (2005)

Adferdsbasert smertekartlegging

- › Flere oversiktsartikler anbefaler forskjellige verktøy (Corbett et al. 2014; Lichtner et al. 2014)
- › Av de som anbefales er tre tilgjengelig på norsk:
 - › Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (Nygaard & Jarland 2006)
 - › Doloplus-2 (Hølen et al. 2005)
 - › Mobilisation – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia -2 smerteskala (MOBID-2) (Husebø et al. 2010)

MOBID-2 smerteskala

> Reliabilitet

- > Inter-rater reliabilitet
- > Intra-rater reliabilitet
- > Test-retest reliabilitet
- > Intern konsistens

> Validitet

- > Konstrukt
- > Samtidig
- > Innhold

> Responsivitet

Mobid-2 smerteskala

Mobilisation – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia

Patientens navn: _____

Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

SMERTEATFERD	 Smertelyd «Au!» Stønner Ynker seg Gisper Skriker	 Ansiktsuttrykk Grimaserer Rynker pannen Strammer munnen Lukker øynene	 Avvergereaksjon Stivner Beskytter seg Skyver fra seg Endringer i pusten Krymper seg	SMERTEINTENSITET
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Husebo et al. 2007, 2008, 2009; 2010; 2014

MOBID-2, del 1

Mobid-2 smerteskala

Mobilisation – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia

Pasientens navn: _____

Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

SMERTEATFERD

Sett ett eller flere kryss for hver observasjon som kan være relatert til smerte; smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon



Smertelyd
«Aui!»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



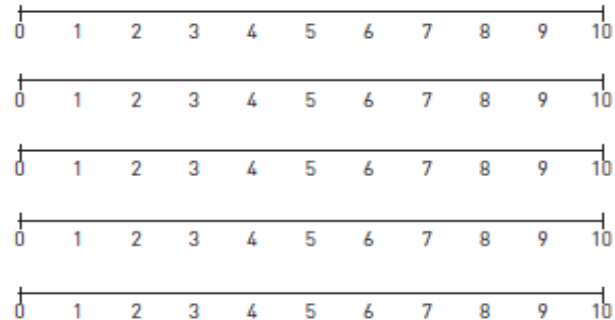
Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

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 hofterledd	<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"/>

SMERTEINTENSITET

Tolk styrken av smerteintensiteten basert på observert smerteatferd og sett kryss på linjen 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



Smerte fra muskel og skjelett, vurdering gjennom aktiv mobilisering

Pleiepersonalet som kjenner pasienten registrerer smerteatferd

- 1) åpne og lukke begge hender
- 2) strekke og senke armene mot hodet
- 3) bøye og strekke ankler, knær og hofte
- 4) snu seg i sengen til høyre og venstre side
 - a. Sengehest
 - b. Ikke snu pasienten fra deg
- 5) sette seg opp på sengekanten

Smerteadferd

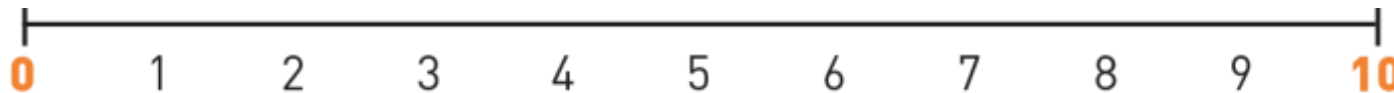
- › Lyder («Au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker)
- › Ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene)
- › Avvergereaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg)

Smerteintensitet

Smerteatferd knyttet muskel og skjelett

Intensitet vurderes av person som kjenner pasienten på en 0–10 punkts skala

En skåring på **0** betyr ingen smerte og **10** er verst tenkelige

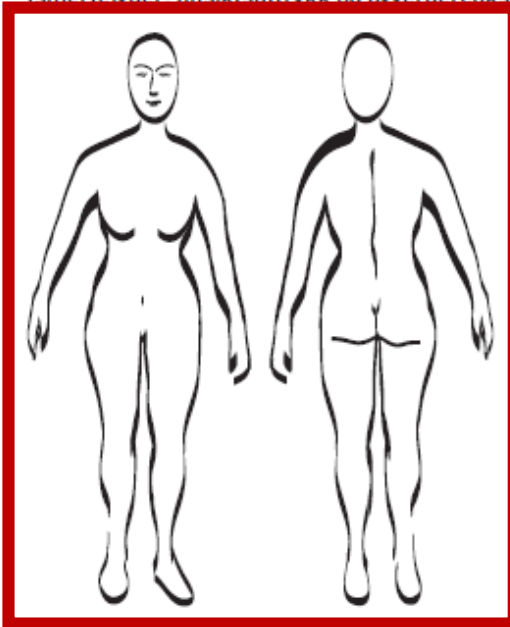


MOBID-2, del 2

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd 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 (smertelyder, ansiktsuttrykk og avvegreraksjon)



- 6. Hode, munn, hals
- 7. Bryst, lunge, hjerte
- 8. Mage - øvre del
- 9. Bekken, mage - nedre del
- 10. Hud, infeksjon, sår

SMERTEINTENSITET

Tolk styrken av smerteintensitet basert på observert smerteatferd og sett kryss på linjen 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte



Gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet basert på alle observasjoner



Del 2: Smerter relatert til indre organer, hode og hud

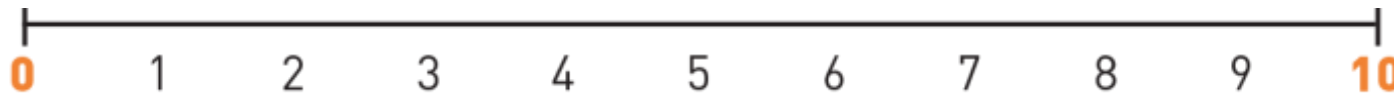
- › Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller traume
- › Husk på urinveisinfeksjon, hudkløe, medikamentbivirkninger, nyresvikt etc
- › Observasjoner fra i dag og de siste dagene skal inkluderes i vurderingen.

- › **Kroppsskisse** brukes for smertelokalisasjon

Smerteintensitet

Smerteatferd knyttet mot indre organer, hode og hud
Intensitet vurderes av person som kjenner pasienten
på en 0–10 punkts skala

En skåring på **0** betyr ingen smerte og **10** er verst tenkelige

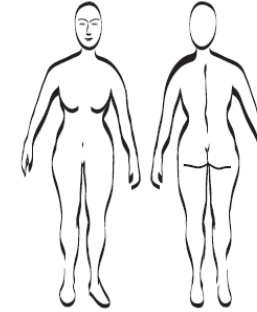


Totalvurdering

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra 1 dag og de siste dagene (siste uken).

SMERTEATFERD

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



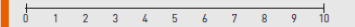
- 6. Hode, munn, hals
- 7. Bryst, lunge, hjerte
- 8. Mage - øvre del
- 9. Bekken, mage - nedre del
- 10. Hud, infeksjon, sår

SMERTEINTENSITET

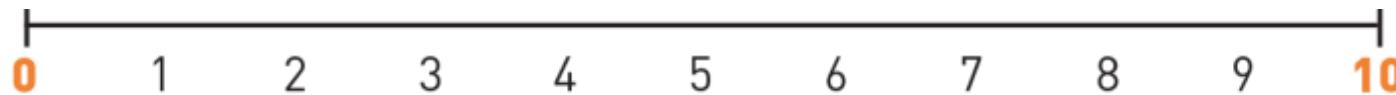
Tolk styrken av smerteintensitet basert på observert smerteatferd og sett kryss på linjen 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte



Gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet basert på alle observasjoner



En skåring på **0** betyr ingen smerte og **10** er verst tenkelige



Prøv selv!!

- › Fyll ut MOBID-2 for den pasienten du sist assisterte i stell

Oppgave

- › Gå sammen tre og tre og utfør en smertevurdering med Mobid-2

Case

- › Du kommer på jobb torsdag morgen
- › Nattevakten forteller om Johanne Olsen (-86).
- › Hun har en moderat grad av demens.
- › Nattevakten er fortvilet og forteller om at Johanne har endret seg gjennom natten. Hun sier Johanne er blitt mer dement enn hun var beskrevet av post. op og ganske sint.
- › Når du kommer ser du en oppkavet og fortvilet Johanne. Hun gnir seg over magen og ned over hoftene.
- › Hva gjør du nå og hva skyldes denne endringen hos Johanne?

Ikke-medikamentelle tiltak

- › Smerteekspert og smerteteam
- › Systematisk undervisning
- › Plan for smertekartlegging/protokoll
- › Musikk
- › Annen sensorisk terapi
- › Varme
- › Trening
- › Massasje
- › Akupunktur
- › Terapeutisk kommunikasjon
- › Tilrettelegg omgivelser (cueing)
- › Leiring
- › Forflytning
- › Hjelpemidler
- › Kognitiv adferdsterapi
- › Transkutan elektrisk nerverestimulering (TENS)

Personsentrert omsorg (Kitwood og Brooker)

- › Omsorg støtter og bekrefter identitet
- › VIPS
 - › Verdibasert, Individuell,
 - › Perspektiv, Støttende miljø
- › Personhood (personverd)
- › Personens verdier
- › Trøst
- › Identitet
- › Tilknytning
- › Beskjeftigelse
- › Inkludering



<https://www.youtube.com/watch?v=ZrXrZ5iiR0o>

Hverdagens utfordringer

- › Vansker med å oppfatte og huske informasjon
 - › Ikke oversikt i hverdagen
 - › Bekymring for hva som er glemt
 - › Engstelse for å miste mer av seg selv
 - › Redsel for å ikke kjenne seg igjen
 - › Svikte ved stress
 - › Redsel for ydmykelse
- › Gir emosjonelle reaksjoner
- › Tiltak: bort fra situasjonen, skape trygghet ved kommunikasjon, minske stimuli, stabilitet og gjenkjenning, lage nye strategier, skape aksept for de utfordringer som følger av demens

Personsentrert omsorg

› Negativt:

- › Trusler
- › Neglisjering
- › Høyt tempo
- › Barnliggjøring
- › Bruk av kallenavn
- › Nedvurdering
- › Anklage
- › Objektivisering

› Negativt:

- › Forræderi
- › Underkjennelse
- › Umyndiggjørelse
- › Tvang
- › Avbrytelser
- › Stigmatisering
- › Ignorering
- › Bortvisning
- › Latterliggjøring

Personsentrert omsorg, støttende miljø

› Positivt:

- › Varme
- › Beroligelse
- › Avslappet tempo
- › Respekt
- › Aksept
- › Rose
- › Støtte
- › Ekthet

› Positivt:

- › Validering
- › Myndiggjøring
- › Tilrettelegging
- › Muliggjøring
- › Samarbeid
- › Anerkjennelse
- › Inkludering
- › Tilhørighet
- › Humor

<https://vimeo.com/58174577>

Smertebehandling

- › Kontakt lege ved MOBID-2 smerteskala ≥ 3 videre smertevurdering ogbehandling

Trinnvis protokoll for smertebehandling

	Basisbehandling	Smertemedisin og dosering
MOBID-2 ≥ 3	Ingen analgetika	Paracetamol (maks. dose: 3g/d)
MOBID-2 ≥ 3	Paracetamol og/eller NSAIDs	Morfin (5-10 mgx2/d)
MOBID-2 ≥ 3 Svelgvansker Nyresvikt	Paracetamol og/eller NSAIDs	Buprenorfin plaster (5 μ g/h)
Nevropatisk smerte	Paracetamol og/eller morfin	Pregabalin (25 mgx1/d)



Takk for meg !