

Christina Røsberg
Marita Thorsen

Erfaringer med bruk av MOBID-2 smerteskala til personer med demens

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Rigmor E. Alnes

Mai 2019

Sammendrag

Hensikten med denne empiriske bacheloroppgaven er å finne ut mer om hvilke erfaringer sykepleiere og annet helsepersonell har med bruk av MOBID-2 smerteskala. Konteksten i arbeidet er å kartlegge og vurdere smerter hos personer med demens i en sykehjemsavdeling. Vi har benyttet fokusgruppeintervju som kvalitativ forskningsmetode til å besvare oppgavens problemstilling. Viktige funn fra studien viser at sykepleiere og annet helsepersonell erfarer det er noen forutsetninger som må være tilstede for å lykkes med bruk av MOBID-2 smerteskala. Dette er forutsetninger som å ha kjennskap til pasientene, samt å kunne være fleksibel i arbeidet. Funnene finner støtte i etablert teoretisk kunnskap om personsentrert omsorg og kommunikasjon, sett i en relasjonell sammenheng. De erfarer at systematisk bruk av verktøyet gir trygghet i eget arbeid, og øker observasjonskompetansen. Videre erfarer de at skjemaet er passe langt, og tilpasset pasientgruppen. Samtidig opplevde sykepleierne at det var utfordringer knyttet til implementeringen av MOBID-2 smerteskala. I starten følte de overveldende, men arbeidet ble lettere etter hvert som de så effekten og verdien av den jobben de gjorde, og til slutt var MOBID-2 integrert som en del av den daglige rutinen. De erfarer også at det er store variasjoner i funksjonsnivå innenfor pasientgruppen, og at ulike personer har ulike behov. Noe som medfører nødvendighet av å kunne bruke skjønn i det kliniske arbeidet med å kartlegge smerte hos personer med demens. Til tross for at personer med demens kan ha nedsatt evne til å rapportere egne smerter, erfarer sykepleier og annet helsepersonell at MOBID-2 smerteskala fanger opp hvor pasienten har smerter.

Abstract

The purpose of this empirical Bachelor thesis is to find out more about what experiences nurses and other health care professionals have in using the MOBID-2 pain scale. The context of the work is to map and assess pain in people with dementia in a nursing home. We have used focus group interview as a qualitative research method. Important results from the study shows that nurses and other healthcare professionals experience some conditions that must be present to succeed with the use of the MOBID-2 pain scale. These are conditions such as knowing the patient, as well as being flexible in the work. The findings are supported by established theoretical knowledge of person-centered care and communication, seen in a relational context. They experience that systematic use of the tool provides confidence in their work and increases their nursing skills. Furthermore, they experience that the form is suitably long, and adapted to the patient group. At the same time, the nurses experienced that there were challenges related to the implementation of the MOBID-2 pain scale. At first, it felt overwhelming, but the work became easier as they saw the effect and value of the job they did, and finally MOBID-2 was integrated as part of the daily routine. They also experience that there are large variations in the level of function within the patient group, and that different people have different needs. Which entails the necessity of being able to use discretion in the work of mapping pain in people with dementia. Even though people with dementia may have a reduced ability to report their own pain, nursing and other health professionals experience that the MOBID-2 pain scale detects where the patient has pain.

Forord

Vi ønsker å takke den aktuelle sykehjemsavdelingen for et fint samarbeid, med mange gode diskusjoner og refleksjoner i forbindelse med bacheloroppgaven. Det har bidratt til gode funn, og har samtidig gitt oss en bedre forståelse av hvordan sykepleiere erfarer å kartlegge smerte hos personer som har demens ved en sykehjemsavdeling. Videre ønsker vi å si tusen takk til vår veileder, for gode innspill og tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen. Vi mener det har hjulpet oss å løfte oppgaven til et bedre faglig nivå. Vi synes at forskning på fagfeltet demens har vært interessant og meningsfylt, samtidig kan oppgaven bidra til å sette et søkelys på behovet for gode fremtidige helse,- og omsorgstjenester for pasienter med demens.

I løpet av skriveprosessen av denne empiriske oppgaven har vi tilegnet mye ny kunnskap og vi har samtidig fått en stor respekt for de som arbeider med forskning i større prosjekter. Til slutt vil vi avrunde med å si at denne oppgaven har bidratt til å gi oss en bedre forståelse og innsikt i hvordan kunnskap blir til.

God lesning!

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling	10
1.2	Avgrensing av oppgaven	11
1.3	Oppgavens struktur	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Hva er demens	12
2.2	Personsentrert omsorg	12
2.3	Smerte og selvrapporing hos sykehjemspasienter med demens	13
2.4	MOBID-2 smerteskala	14
2.5	Organisatorisk kompetanse	15
3	Metode	17
3.1	Forforståelse	17
3.2	Fokusgruppeintervju	17
3.3	Utvalg	18
3.4	Forskningsetikk	18
3.5	Analyse	18
4	Funn	20
4.1	Forutsetninger for å lykkes med MOBID-2 smerteskala	20
4.2	Konsekvenser av smertekartlegging med MOBID-2	22
4.3	Utfordringer knyttet til smertekartlegging	23
5	Diskusjon	25
5.1	Å kjenne pasienten for å kunne oppdage smerte	25
5.2	Økt observasjonsevne	27
5.3	Variierende behov	28
5.4	Tung implementering	29
5.5	En sterk ledelse i forbedringsarbeidet	29
5.6	Et felles språk gir trygghet i eget arbeid	30
6	Konklusjon	31
6.1	Anbefaling til videre forskning	31
	Referanser	32
	Vedlegg	36
	Vedlegg 1:	36
	Vedlegg 2:	37
	Vedlegg 3:	40

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Denne oppgaven handler om sykepleiere og annet helsepersonells erfaringer knyttet til vurdering av smerte hos personer med demens. Funnene i studien er basert på ett fokusgruppeintervju med sykepleiere og annet helsepersonell ansatt i en kommunal sykehjemsavdeling, og som benytter MOBID-2 systematisk i arbeidet med å kartlegge smerte. Oppgavens problemstilling er: *Hvilke erfaringer har sykepleiere og annet helsepersonell med bruk av MOBID-2 smerteskala til personer med demens i sykehjem?*

Smerte hos eldre personer med demens er et vanlig problem i sykehjem. Konsekvensene av å ikke oppdage smerte hos personer med demens kan være alvorlige. Det øker risiko for inaktivitet, forsinket mobilisering, sengeleiekomplikasjoner med pneumoni og dyp venetrombose. Smerte kan også påvirke den emosjonelle tilstanden, føre til depresjon og sosial tilbaketrekking ifølge Bjørø og Torvik (2010, s. 335).

Eldre i dag har betydelig bedre helse enn tidligere og antall personer med demens i ulike aldersgrupper går ned. Samtidig blir det flere av de eldste eldre her i landet de neste årene, og forekomst av demens øker med alderen. Derfor vil antall personer med demens øke kraftig fremover, sannsynligvis fordobles frem til 2050 (regjeringen.no, 2015, s. 7). På bakgrunn av den økende forekomsten av demens i befolkningen og de utfordringer en slik diagnose medfører med tap av språk og kognisjon, er det høyst aktuelt å finne ut mer om sykepleiers og annet helsepersonells erfaringer i den utfordrende jobben å kartlegge og vurdere smerte hos denne pasientgruppen (Bjørø og Torvik, 2008, s. 183). Forskning (Husebø mfl., 2014, s. 1419 – 1430) viser at kartleggingsverktøyet MOBID-2 er et godt egnet verktøy til å måle smerter hos personer med demens.

Sykepleier og annet helsepersonell arbeider nært pasienten til daglig og har en unik mulighet til å gjøre observasjoner og evaluere tiltak som er iverksatt (Bjørø og Torvik, 2010, s. 348). Sykepleier har en sentral rolle i å lede arbeidet med å kartlegge smerte hos eldre personer med demens. Tjenesten skal imøtekomme lovkrav, og ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1) er det vedtatt at personer med demens har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tjenestene som ytes skal også være forsvarlige ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2012, § 4-1 og § 4-2). Det er også en plikt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring i pasient- og brukersikkerhet. I nasjonal retningslinje for demens (helsedirektoratet, 2017) stilles det krav til sykepleiers kompetanse innen demens og de ulike demenssykdommer, samt kommunikasjon, personsentrert omsorg og kartleggingsverktøy. Det er derfor sentralt å

ha gode kartleggingsverktøy som helsepersonell lett kan administrere og anvende i arbeidet.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Studien har undersøkt sykepleier og annet helsepersonells erfaringer knyttet til bruk av MOBID-2 til personer med demens ved en spesifikk sykehjemsavdeling. På grunn av tid og oppgavens omfang har den et begrenset utvalg respondenter og alle respondentene er ansatt ved samme sykehjemsavdeling. Oppgaven vil ikke undersøke erfaringer hos pasienter, pårørende eller andre yrkesprofesjoner som fysioterapeut, leger eller ansatte i administrasjon og ledelsen.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven vil gjennom fokusgruppeintervju undersøke sykepleiere og annet helsepersonells erfaringer med å anvende MOBID-2 smerteskala. Ansatte som deltok i studien jobber i kommunen ved en sykehjemsavdeling for demens. Skjemaet MOBID-2 benyttes som systematisk kartlegging av smerter til alle pasientene ved sykehjemsavdelingen. Oppgaven vil presentere teoribakgrunn, metodebeskrivelse, funn fra studien og videre diskusjon av funn sett i lys av tidligere forskning og litteratur, samtidig belyses funn av betydning for sykepleie. Til sist vil oppgaven komme med en kort konklusjon og anbefaling til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Hva er demens

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som en følge av sykdom eller skade i hjernen ifølge nasjonal faglig retningslinje om demens (helsedirektoratet.no, 2017). I Norge er det omkring 80 000 personer som har demens, sannsynligvis er dette tallet høyere. Årsakene til demens er mange, og den hyppigste er Alzheimers sykdom. For å få diagnosen må symptom være oppstått på grunn av hjernesykdom eller hjerneskade og de må være kroniske, i de fleste tilfeller er de også progredierende. Det viktigste kognitive symptomet er tap av hukommelse og svikt i språket. For personer med demens er det vanlig å få rom- og retningsproblemer, samt svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne (Regjeringen.no, 2015, s. 9).

Dessverre har ikke forskning lyktes å komme frem til løsningen på en kurativ behandling av demens. Dette fagfeltet forskes det mye på og en løsning vil ligge langt frem i tid, det er derfor viktig sykepleier kan imøtekomme behovene til denne sårbare pasientgruppen. Smarter som ikke blir oppdaget kan ha stor innvirkning på personens livskvalitet og livssituasjonen, også for de pårørende. Smerte kan forstås som en del av livskvalitet ifølge Spilker (1996) referert i Wahl og Rustøen (2008, s. 343) og tilstedeværelse av smerte vil dermed redusere denne.

2.2 Personsentrert omsorg

Kunnskaper om hver enkelt person og evnen til å forstå den andre er helt essensielt i arbeidet med denne sårbare pasientgruppen. Det var Tom Kitwood referert i Tretteteig og Røsvik (2016, s. 227 – 238) som utviklet teorien om «personsentrert omsorg». Dawn Brooker (2013) videreutviklet teorien og sammenfattet det Tom Kitwood hadde utviklet i fire hovedelementer som kan forklares som VIPS rammeverk. VIPS står for et verdigrunnlag som anerkjenner personens absolutte verdi, en individuell tilnærming som vektlegger det unike i hvert menneske, evnen å forstå personens perspektiv og etablering av et støttende sosialt miljø (Tretteteig og Røsvik, 2016, s. 228 - 229).

Personsentrert omsorg imøtekommer de utfordringer personer med demens kan oppleve som engstelse, sorg, sinne og dyp forvirring ifølge Rokstad (2008, s. 70). Det betyr at personen blir møtt med respekt, at en ser hele mennesket og at det legges til rette for å benytte ressurser maksimalt og opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Kitwood dreiet måten å se demens på, bort fra et fokus på sykdom til fokus på person. Han

utvidet synet på demens til å innebære personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Vår livshistorie er en samling av livserfaringer, og helse innebærer både et fysisk og psykisk aspekt. Nevropatologi er de endringer som skjer i hjernen som følge av sykdom, sosialpsykologi er de betingelser som finnes i våre omgivelser og våre relasjoner (Rokstad, 2008, s. 70).

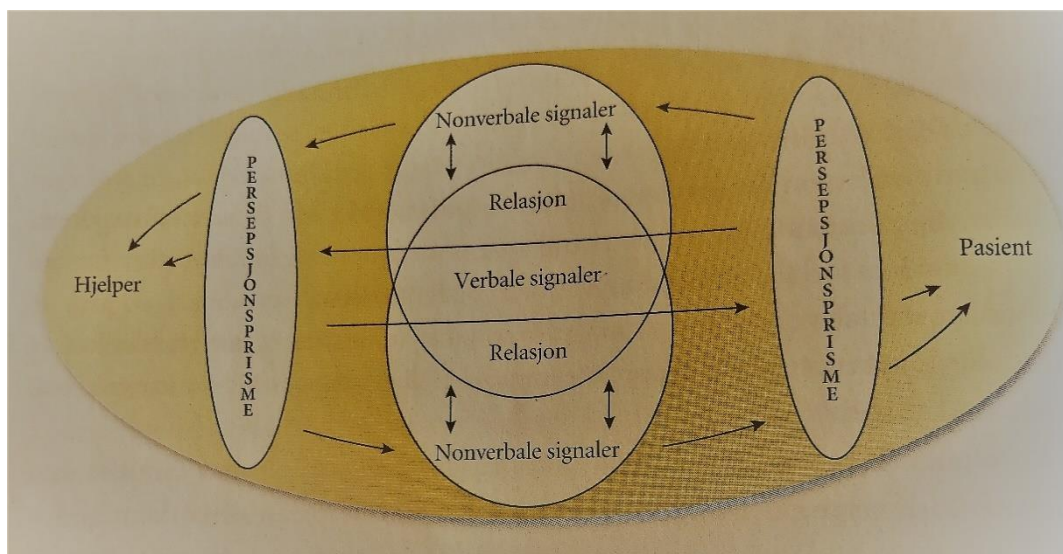
Sykepleier må ha evne til forhandling, det vil si å være åpen for justeringer underveis. Det vil si å legge fra seg en ferdigsydd mal, våge å være spørrende, rådføre seg med pasienten og lytte til signaler. Det er nødvendig å ha et bevisst forhold til hva som er maktbruk, samt ha rom for at pasienten kan bidra i størst mulig grad til handlingen for å kunne samarbeide (Rokstad, 2008, s. 75 - 76). Validering er å kunne ha empatisk forståelse for den andre og helsepersonell må kunne se pasientens atferd som et meningsfullt uttrykk for mestring og kommunikasjon.

2.3 Smerte og selvrapporing hos sykehjemspasienter med demens

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, og den kan knyttes til aktuell eller mulig vevsskade. Den er også en subjektiv opplevelse og eksisterer når personen sier han har smerte ifølge McCafferys (1968) referert i Bjørø og Torvik (2010, s. 333 - 334). Denne måten å definere smerte på innebærer at pasienten må kunne beskrive egne smerter. Studier (Manfredi mfl., 2003, s. 48 - 52 og Sandvik mfl., 2014, s. 1490 - 1500) viser at smerte er et vanlig problem blant sykehjemspasienter med demens, og det antas at mellom 60 og 80 prosent har smerter, samt at smerte blir underdiagnostisert.

Årsaker til smerte kan være mange, og hos eldre personer er det høy prevalens av kroniske plager spesielt i muskler og skjelett som gir smerte. For en person som er klar og orientert er det vanlig å oppsøke helsehjelp og få behandling av smertene. Personer med demens er derfor spesielt sårbare og avhengig av andres vurdering av deres smerter.

Reduksjon av språkferdigheter hos personer med demens gjør det utfordrende å kartlegge smerte for sykepleiere og annet helsepersonell. Personer med alvorlig demens kan være ute av stand til å kommunisere egen smerte. Studien til Midtbust mfl. (2018, s. 1 - 9) fant at helsepersonell erfarer det å tolke smerteuttrykk hos pasienter med alvorlig demens i en palliativ fase som svært vanskelig. Det avgjørende er blant annet at helsepersonellet kjenner til pasienten, og har kunnskap og forståelse for deres måte å uttrykke smerte på. Det å ha evnen til å være åpen i samarbeidet med pasientens pårørende og andre på helseteamet kan føre til bedre forståelse for pasientens situasjon, samt øke kvaliteten i omsorgen.



Figur 1.1: En prosessuell modell av Eide og Eide (2013, s. 80) som synliggjør det relasjonelle i en hjelpende kommunikasjon og kompleksiteten i denne.

Kommunikasjon består ikke bare av et budskap som sendes frem og tilbake med dialogens skiftende initiativer og respons, den styres også av følelsesmessige og andre indre og ytre impulser (Eide og Eide, 2013, s. 76 – 77). Ansiktet kan uttrykke uendelig mange følelsesmessige uttrykk og er en av mange kanaler vi kommuniserer gjennom. Evnen til å formidle smerter avtar med økende grad av demens, og helsepersonellets evne til å tolke non-verbale signaler blir derfor svært viktig.

Eldre med kognitiv svikt klager mindre over sine smerter enn eldre som er kognitivt intakte, viser studier (Nygaard og Jarland, 2005, s.1349 - 1351 og Proctor og Hirdes, 2001, s. 119 - 125). Dette er sannsynligvis en årsak til lavere registrert smerteforekomst hos eldre med demens. Videre viser det til at mengden smertestillende medikamenter minker med økende grad av kognitiv svikt, også at eldre med demens får mindre smertestillende enn de som er kognitivt intakte. Inadekvat smertebehandling av personer med demens skyldes blant annet ifølge Proctor og Hirdes (2001, s. 119 - 125) og Herr mfl. (2006, s. 170 – 192) mangelfull smertekartlegging fra helsepersonell.

2.4 MOBID-2 smerteskala

MOBID-2 (Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia) smerteskala er et evalueringstrinnsinstrument som benyttes for å kartlegge smerte hos personer med demens ifølge Husebø (2016, s. 490). Studier (Husebø mfl., 2014, s. 1419 - 1430) viser at MOBID-2 smerteskala er et godt egnet verktøy til å lokalisere og måle smerter hos personer med demens. Den baserer seg på personellens observasjoner av smerteatferd, og er tilpasset pasientens hverdag i sykehjem (Husebø mfl., 2010, s. 380 – 391). I

MOBID-2 del 1 observeres smerteatferd som er relatert til muskulatur og skjelett under bevegelse, og i del 2 til indre organer, hode og hud.

Etiske hensyn må alltid tas med når helsepersonell vurderer andres smerte ifølge Husebø (2008, s. 43). Det er presisert at formålet med MOBID-2 ikke er å fremprovosere unødvendig smerte, men å identifisere problemet. Øvelsen stoppes umiddelbart dersom den utløser smerteatferd.

2.5 Organisatorisk kompetanse

Kompetanse

Orvik beskriver kompetanse som et kollektivt og organisatorisk begrep gjennom at den først oppstår når kunnskap og erfaring deles med andre. Dette betyr at en felles kompetanse knytter en enhet sammen og at man må samarbeide for å utføre arbeidet på en kompetent måte (Orvik, 2015, s. 23).

Samhandling og samordning

Samhandling innebærer at man koordinerer sine handlinger og tilpasser egne og kollegers arbeidsoppgaver. Orvik legger vekt på en positiv innstilling som et typisk trekk ved samarbeid (Orvik, 2015, s. 211). Samarbeidet skaper en «vi-følelse» som underbygger en altruistisk orientering fram for å beskytte egne territorier. Ifølge Orvik er det nødvendig med samordning for å oppnå varige og formaliserte endringer. Dette er et lederansvar, og Orvik kaller det å gå opp løypene for klinikerne.

Endring og forbedringsteori

Formålet med endringsarbeid er å skape merverdi og kvalitetsforbedring i helsetjenestene (Orvik, 2015, s. 260 - 275). Det er en nødvendighet i dette arbeidet at helsepersonell har kunnskap om forbedringsarbeid. Dette styrker forståelsen av hvordan prosessene forgår i praksis og dermed også handlingskompetansen i endringsarbeidet. Ifølge nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2018) er det et ledelsesansvar å drive med systematisk kvalitets-, - og pasientsikkerhetsarbeid. Plikten omfatter å planlegge, gjennomføre, å evaluere og korrigere.



Figur 1.2: Pukk sirkelen beskriver at forbedringsarbeid er en systematisk rullerende prosess.

PUKK står for å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere (Orvik, 2015, s. 278 – 279). Figur 1.2 over viser den nye forbedrede modellen med følgende fem trinn:

- Forberedelse, organisering og forankring av forbedringsarbeidet.
- Planlegging av tiltak for forbedret praksis.
- Utføring/iverksettelse av ny praksis.
- Kontroll og evaluering av om målene om forbedringer er nådd.
- Standardisering og videreføring av ny praksis.

Ifølge Stubberud (2018, s. 27 - 28) innebærer ledelseskompetanse som fremmer kvalitetsarbeid at lederen har:

- Klare visjoner og mål for virksomheten.
- Utvikler en åpen og endringsvillig kultur som støtter læring refleksjon og forbedring.
- Sørger for spredning og vedlikehold av forbedringer.
- Involverer og motiverer medarbeidere og brukere i forbedring av tjenestene.
- Skaper økt samarbeid mellom faggrupper, enheter og nivåer og mellom forskning utdanning og praksis.
- Sikrer riktig kompetanse hos utøveren og etablerer en forståelse av hvorfor vi trenger å forbedre tjenestene.

3 Metode

3.1 Forforståelse

Som tredjeårsstudenter ved bachelorprogrammet i sykepleie ved NTNU i Ålesund, har vi i løpe av studiet dannet oss et teoretisk og praktisk kunnskapsgrunnlag. Dette er med på å utgjøre vår forforståelse av temaet smertekartlegging til personer med demens. Begge studenter har gjennomført praksisstudier ved hjemmetjeneste, ortopedisk sengepost, i sykehjem som somatisk langtidsavdeling og skjermet demensavdeling. Ellers har vi også ulike jobberfaringer for eksempel ved gastrokirurgisk sengepost og sykehjem. Vi har opplevd hvor utfordrende det kan være å oppdage tilstander og endringer i helsetilstanden til pasienten når språket mangler. Vårt humanistiske menneskesyn har betydning for hvordan vi ser på oss selv og andre mennesker. Å se et menneske ut fra en helhetsforståelse er å se at mennesket er en udelelig helhet. Sykepleier må møte pasientene på en helhetlig måte og ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Kristoffersen og Nortvedt, 2016 s. 99 - 103).

3.2 Fokusgruppeintervju

For å belyse problemstillingen ble det valgt en kvalitativ tilnærming ved å benytte fokusgruppeintervju. Christoffersen mfl. (2015) beskriver kvalitative forskningsintervju som en godt egnet metode for å studere erfaringer, meninger og holdninger når formålet er å forstå eller beskrive noe. Kvalitative intervju egner seg til å frembringe kompleksitet og nyanser. I dette tilfellet ble fokusgruppeintervju valgt frem for individuelle intervju fordi vi ønsket å oppnå en bredde i erfaringene og at informantene skulle ha anledning til å sammenlikne erfaringer slik at likheter og ulikheter i synspunkter og holdninger ville fremkomme (Christoffersen mfl., 2015, s. 71 - 73). Ifølge Malterud (2017, s. 138) er fokusgruppeintervju en foretrukket form når man ønsker å utforske erfaringer der mange mennesker samhandler.

En semistrukturert intervjuform ble benyttet, med en intervjuguide som ble utarbeidet på forhånd (vedlegg 3). Det ble valgt ut tre ulike hovedtemaer, med tilhørende tre til fire åpne spørsmål. Intervjuguiden skulle brukes som utgangspunkt i intervjuet og være ment til å sette i gang en diskusjon som kunne åpne for eventuelle nye temaer. Det oppnås dermed en form for struktur og fokus inn mot forskningsspørsmålet, samtidig åpnes det opp for fleksibilitet i diskusjonen (Christoffersen mfl., 2015, s. 75). Det ble utarbeidet innledningsspørsmål som avklarte yrke, alder og erfaring hos respondentene på et skjema som ble utdelt i forkant av intervjuet. En moderator og en hjelper som underveis skulle notere og holde kontroll på hvem som sa hva ble avklart på forhånd. Under innledningen av intervjuet ble prosjektet og temaet presentert sammen med ett åpningsspørsmål som alle skulle svare på. Fokusgruppeintervjuet ble av praktiske årsaker gjennomført ved omsorgssenterets lokaler og det varte i 56 minutter.

3.3 Utvalg

Prosjektets veileder tok kontakt med ledelsen ved det aktuelle omsorgssenteret og avtalte tid for intervjuet. Det ble på forhånd bestemt at vi ønsket å begrense antall informanter med annen helsefaglig bakgrunn på grunn av det sykepleiefaglige fokuset i prosjektet. Kriterier for utvelgelse ble formidlet til ledelsen som videreformidlet spørsmål til aktuelle kandidater om de kunne være interessert i å delta i studien (vedlegg 2). På bakgrunn av dette ble det rekruttert fire sykepleiere, en helsefagarbeider og en assistent. Vi ønsket med dette å oppnå en variasjonsbredde av erfaringer også på tvers av ulike faggrupper. En fokusert problemstilling og bruken av kvalitative intervju med et strategisk utvalg vil gi høy informasjonsstyrke, noe som gjør at man ikke får behov for mange deltagere eller mange intervju (Malterud, 2017 s. 59 - 63).

En strategisk utvelgelse av informanter innebærer ifølge Christoffersen mfl. (2015, s. 85) at det rekrutteres informanter med et klart mål om å oppnå fyldige og detaljerte beskrivelser som belyser problemstillingen. Vi kan si at utvalget besto av informanter med liten variasjon ut fra sentrale kjennetegn, som at de alle jobbet på samme avdeling med den samme pasientgruppen og alle hadde forholdsvis lang erfaring. Det er hensiktsmessig når man ønsker å avdekke felles eller sprikende erfaringer innen en forholdsvis homogen gruppe. Gjennomsnittsalderen på informantene var 37 år og de hadde i gjennomsnitt ca. 15 års erfaring i helsevesenet og omtrent like lang erfaring i demensomsorg. To sykepleiere hadde videreutdanning i henholdsvis geriatri og kreftsykepleie.

3.4 Forskningsetikk

Det ble på forhånd søkt om godkjenning hos Norsk Senter for Forskningsdata - NSD, studien er godkjent med saksnummer: 859973. Intervjuet ble tatt opp på båndopptaker og lagret i skyløsningen ved NTNU. Lydfilene samt alle skriftlige data blir slettet etter prosjektets avslutning. Alle opplysninger ble anonymisert gjennom transkripsjon. Informantene ble informert om muligheten til å trekke tilbake samtykke når de måtte ønske.

3.5 Analyse

Prosesen med å analysere data startet med å transkribere intervjuet. Balansen mellom ordrett gjengivelse og forsiktig omskriving av materialet for å tydeliggjøre meningsinnholdet var nødvendig i denne prosessen. Ved å selv gjennomgå materialet under transkriberingen oppnådde vi tidlig tilgang og oversikt over dataene (Malterud, 2017 s. 78 - 80). Vi gikk gjennom intervjuet hver for oss og dannet en oversikt, «et

fugleperspektiv». Deretter noterte vi begge fire til åtte foreløpige temaer hver, som vi kom sammen og diskuterte. Deretter forhandlet vi frem fem tema vi ønsket å ta med oss videre i analyseprosessen. De fem temaene ble: Forutsetninger for å kunne lykkes med bruk av MOBID-2, utfordringer knyttet til å smerte kartlegge, positive opplevelser, konsekvenser av å bruke MOBID-2 for sykepleier og pasient, og hvilken kompetanse kreves av helsepersonellet. Vi bestemte så fargekode til hver av temaene eller nå kodegruppe og gikk i gang med å gå gjennom teksten for å identifisere meningsbærende enheter og sortere dem etter tilhørende kodegruppe. Vi kan si at vi «kodet» teksten (Malterud, 2017, s. 10). Vi holdt oss til metoden systematisk tekst kondensering (Systematic Text Condensation-STC) som er beskrevet, av Malterud (2017). I denne metoden inngår fire trinn; å få et helhetsinntrykk, identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og til slutt å sammenfatte betydningen av dette. Etter kodingen gikk vi systematisk gjennom teksten og organiserte den etter kodegruppe slik at vi hadde en foreløpig oversikt over hvilket tema vi hadde plassert teksten under. Tekst som ikke lenger ble ansett som meningsbærende i lys av problemstillingen ble forkastet. Vi lagde foreløpige subgrupper til hvert tema og oppdaget at to av kodegruppene ikke var robuste nok, eller svarte tilstrekkelig på problemstillingen. De ble så fordelt ut over andre kodegrupper der de passet bedre eller kuttet ut. Det opplevdes som en klar fordel å være to forskere i denne prosessen og det ble forhandlet og diskutert underveis for å oppnå gode gjennomtenkte valg. Gjentatte ganger ble dataene gjennomgått og kodegrupper revidert eller tilpasset slik Malterud beskriver er en induktiv og iterativ prosess.

Vi endte opp med tre hovedtemaer med navnene: forutsetninger, konsekvenser og utfordringer med tilhørende subgrupper. Nå gikk vi i gang med å danne en ny sammenhengende tekst ut fra tema som sammenfattet det respondentene hadde formidlet og gikk deretter gjennom hver av de meningsbærende enhetene. Vi laget et gullsitat som beskrev essensen, men som var et kunstig sitat. Hele denne teksten benyttet vi som utgangspunkt for resultatpresentasjonen. I det fjerde og siste analysetrinnet, syntesen, ble hovedfunn presentert som et endelig resultat av forskningen (Malterud, 2017 s. 97 - 116).

4 Funn

Formålet med prosjektet var å finne ut hvilke erfaringer sykepleier og annet helsepersonell har med bruk av MOBID-2. I de foregående trinnene ble det utarbeidet tre hovedtemaer ut fra innholdet i intervjuet, disse var: forutsetninger for å lykkes med MOBID-2 smerteskala, konsekvenser av smertekartlegging med MOBID-2 og hvilke utfordringer er knyttet til smertekartlegging. De nevnte temaer skal hjelpe å besvare oppgavens problemstilling.

4.1 Forutsetninger for å lykkes med MOBID-2 smerteskala

Fleksibilitet i arbeidet

Helsepersonellet som deltok i intervjuet fremhevet alle viktigheten av fleksibilitet i arbeidet med smertekartleggingen, det vil si å kunne omstille seg raskt etter behovene til den enkelte pasienten. De opplever at de må være kreative og oppfinnsomme og kunne ta smertekartleggingen på sparket under morgenstellet, eller som en del av en felles morgentrim.

«Det er jo nesten trim for eldre vi driver med».

Helsepersonellet forteller om nødvendigheten av å ta ansvar og lede pasientene gjennom øvelser, ofte ved at de deltar selv. De beskriver eget engasjement som nøkkelen til å lykkes. Det er ikke nødvendigvis sånn at man får fullført oppgaven i løpet av en vakt slik at de må kunne ta opp igjen tråden ved neste vakt. Observasjonene kan være de som blir gjort under en dusj eller i løpet av en dag og de opplever at de ofte må løsrive seg fra å følge skjemaet slavisk. Evnen til å tolke funn er en egenskap de ofte kommer tilbake til og den blir realisert gjennom en god kjennskap til pasientene.

Kjennskap til pasienten

Å ha kjennskap til pasientene er en av de viktigste forutsetningene som trekkes frem av helsepersonellet. De forteller at de bruker tid på å bli kjent med den enkelte, lære seg kroppsspråket deres og hvordan de fungerer. Helsepersonellet forteller at de ikke kan stole blindt på resultatet av en MOBID-2, dagsformen kan variere og derfor er det viktig at de kjenner pasienten for å vite at den dagen er det greit.

«Jeg kunne ikke bare gått til en annen gruppe og kartlagt, da hadde jeg følt jeg manglet kompetanse, jeg må kjenne pasienten min».

Ved å kjenne pasienten kan feilmedisinering unngås, samtidig kan det være lurt at det kommer noen og ser pasienten med «friske» øyne for å diskutere med sykepleier.

Samarbeid og et felles språk

Flere av respondentene beskriver det som viktig å diskutere funn med andre kollegaer. Å smerte kartlegge sammen var noe de ofte gjorde både i starten og etter hvert, noe de synes hadde vært til god hjelp.

«Hvis jeg er usikker kan det være lurt at jeg tar MOBID-2 sammen med en kollega».

En av de viktigste forutsetning som trekkes frem for å kunne nyttiggjøre seg av verktøyet er å være samkjørte og å ha et felles språk. En av respondentene forklarer at en femmer på skalaen for henne ikke nødvendigvis er det samme som en femmer for noen andre, det betyr at man må prøve å bli litt enige. Videre beskrives nødvendigheten av en felles referanse med samarbeidende helsepersonell som for eksempel leger, de må også ha kunnskap om hva som observeres under en MOBID-2 ikke hvordan. En av respondentene mente at bakgrunnen til legen kunne påvirke samarbeidet hvis legen for eksempel kom fra et land med en annen forståelse rundt smertekartlegging, noe de andre samtykket til.

Kontinuitet og en sterk ledelse

Det at det er kontinuitet i form av jevnlig bruk av kartlegging trekkes frem som en nøkkelfaktor for å lykkes, og de beskriver det som helt nødvendig for å få et korrekt resultat. Kontinuitet i personalet er også en viktig faktor for at tolkningene og observasjonene deres skal være av god kvalitet.

De har sett eksempler på det motsatte på en annen avdeling ved sykehjemmet og forklarer at de tror at det har gjort at de ikke har oppnådd det samme resultatet som dem.

For å oppnå systematikk bruker de huskelapp i det felles dokumentasjonssystemet og hvis det skulle likevel bli glemt får de en påminning av ledelsen.

Oppfølgingen fra ledelsen var en annen nøkkelfaktor for å lykkes ifølge respondentene. En sterk ledelse som kan stå i endringene var noe de alle var enige var en viktig forutsetning for at denne avdelingen har lykkes med MOBID-2. De beskriver at det ikke er nok å være to som ønsker å forbedre seg, men at det må være styrt av noen med mer innflytelse. At lederen utviser personlig engasjement var også noe som ble vektlagt.

«Min leder har et stort engasjement for smertekartlegging, da smitter det over på oss også».

De følte at de ikke hadde noe annet valg enn å bruke smertekartleggingen til å begynne med siden ledelsen stilte tydelige krav til dem, men etterhvert så de også selv nytten av det. Ledelsen tok ansvar ved å lære dem opp og å informere samarbeidende helsepersonell, som for eksempel leger. Dette så de ansatte på som nødvendig siden lederen var h*n som kunne det best.

Tilpasset til pasientgruppen

En av forutsetningene for å lykkes som respondentene ofte kom tilbake til er at MOBID-2 er tilpasset pasientgruppen.

«Jeg tror vi omfavnet MOBID-2 fordi det var tilpasset så godt til vår gruppe pasienter».

Det at skjemaet ikke er for langt eller innebærer at pasientene må gradere egen smerte er et poeng. De reflekterte også rundt at det kanskje var en av grunnene til at MOBID-2 ikke hadde fungert like godt på den andre avdelingen ved sykehjemmet, fordi pasientene der har bedre kognitiv funksjon. Men det finnes grensetilfeller der de mener det avhenger av hvordan man tilnærmer seg de mest «oppegående pasientene».

4.2 Konsekvenser av smertekartlegging med MOBID-2

Trygghet i eget arbeid

Det at de nå har en dokumentasjon på at pasienten har smerter som de kan legge frem til legene gjør at de føler seg tryggere i eget arbeid. De mener at det er mer tyngde i det når de har det svart på hvitt resultatet fra MOBID-2.

«Går jeg til legen nå med økt skår på MOBID-2 blir det tatt alvorlig, det gjør det bare».

MOBID-2 gjør samarbeidet med legene enklere. Det at det ikke lenger er synsing og sprikende meninger noe som gjør at de også tenker det må oppleves tryggere for legene. En annen gruppe som helsepersonellet opplever at MOBID-2 letter samarbeidet med, er de pårørende. De føler det er lettere å forsvare behandlingen de gir nå som de har et resultat å vise til. Pårørende er ikke alltid jevnlig på besøk og de kan få feil inntrykk av hvor vondt en pasient har siden de ofte klager mer til sine egne. De har inntrykk av at det også gir en trygghet for de pårørende å vite at pasientene blir smertekartlagt jevnlig.

Flere av respondentene beskrev hvordan de ofte vurderer ett resultat opp mot det forrige, og at det er greit å ha et referansepunkt. Hvis de opplever at det er endringer i pasientens adferd tenker de straks på når siste MOBID-2 var tatt og kan gå inn å sjekke dette.

Økt observasjonsevne

En av konsekvensene som trekkes frem som en direkte følge av smertekartleggingen er økt observasjonsevne. Ett av helsepersonellet sier at det har lært dem å «se». De beskriver økt evne til å lese kroppsspråk og smerteuttrykk. De beskriver også et økt søkelys på mulige smerter.

«Nå går det automatisk og har blitt en del av rutinene når jeg skal inn til en pasient, jeg har det i tankene hele tiden».

Dette er ifølge dem en stor forandring fra tiden før MOBID-2. Da skulle det veldig mye til før det ble satt i gang tiltak, det skulle være tydelige smerter. De forteller at de ofte så det an til neste vakt. Den systematiske smertekartleggingen har ført til at det lettere fanges opp om en pasient har smerter. Pasientene beskrives som roligere og at det virker som de har mindre akutte smerter. Det brukes ikke like mye behovsmedisin, noe som antas å ha en sammenheng med at pasientene er bedre smerte lindret totalt sett. Men de forteller også om flere tilfeller der pasientene har fått mindre smertelindring fordi det har kommet frem på MOBID-2 at de ikke hadde behov for det de sto på.

«Jeg har opplevd pasienter som sto på det ene for det andre for det tredje og som har endt opp med ingenting, og MOBID-2 understøttet det».

Det betyr at det blir mindre fare for feilmedisinering etter innføring av MOBID-2 ifølge det de har erfart. Det har vært tilfeller av uklarheter der en ikke vet om smerte har blitt fanget opp av MOBID-2. Noe som beskrives å være grunnet sammensatte lidelser og psykiatri. Ellers blir det beskrevet som et godt hjelpemiddel som avdekker smerter fra hele kroppen.

4.3 Utfordringer knyttet til smertekartlegging

Tung implementeringsprosess

Selv om en av respondentene forteller det har lenge vært etterlyst en sån type smertekartlegging, opplevdes implementeringen av MOBID-2 likevel som strevsom for alle i begynnelsen. Flere forteller om en motvilje i helsevesenet mot nye ting og at de kjenner seg igjen i dette. Mye av dette kom av at de følte seg overveldet og at det ikke var nok tid til å gjennomføre kartleggingen. Alle var enige i at det ikke var vanskelig å lære seg skjemaet og at etter innkjøringsperioden var over ble det lettere.

«Når vi først hadde fått det inn i systemet så gikk det av seg selv».

Mye av grunnen til at det ble lettere var at kunnskapen spredde seg i avdelingen ved at de tok smertekartleggingen to og to, og at alle etterhvert kunne gjøre det. En av ressurspersonene som lærte det først beskriver det som et tungt ansvar å være alene om oppgaven. En av respondentene sier også at vendepunktet kom av at de etterhvert så effekten og verdien av den jobben de gjorde og det sluttet også de andre seg til.

Variierende behov

En av utfordringene helsepersonellet opplever er at det er variasjoner i funksjon blant pasientene. Alt fra de som kan gi uttrykk for smerter til de som ikke kan gjøre det. De beskriver det som utfordrende at ikke alle kan eller vil følge enkle instruksjoner på grunn av nedsatt kognitiv funksjon.

«Utfordringen er de sier de har vondt i hodet men så er det faktisk ryggen som er vond, men MOBID-2 fanger opp dette».

Dessuten forteller de at de også må forvente noe smerter hos denne pasientgruppen. De kan ikke nødvendigvis bli helt smertefri, de er jo tross alt 80 og 90 åringer som har mye slitasje som en naturlig følge av alderdom. Dette innebærer mye bruk av skjønn, man kan ikke medisinerer pasientene som får utslag på smerte ved å løfte hendene over hodet, fordi det kan føre til overmedisinering og unødvendig sløvhet. Bruken av tolkninger og skjønn fører til at det blir utfordringer knyttet å tilpasse medisineren. Utfordringer med denne pasientgruppen er at de ikke kan gi uttrykk for hvordan de har det, og at ulike pasienter har ulike behov. Derfor er det også viktig at kartleggingskjemaet er tilpasset riktig pasientgruppe.

5 Diskusjon

Først ønsker vi å si noen ord i forbindelse med diskusjon om metode og noen kritiske refleksjoner rundt egen oppgave. Det er ett fokusgruppeintervju som er lagt til grunn for innsamling av data, blant annet på grunn av tidsbegrensningen i prosjektet. I ettertid stiller vi spørsmålsteget ved om dette er et for tynt grunnlag for å gi et tilstrekkelig rikt materiale til å kunne oppnå troverdighet. Dersom vi hadde gjennomført flere fokusgruppeintervju kan det tenkes at vi hadde fått frem større bredde og flere nyanser.

På den andre siden var problemstillingen fokusert, utvalget av respondenter spesifisert og kvaliteten i dialogen god fordi respondentene opplevdes som engasjerte og kom med utfyllende beskrivelser. Dette var etter vår vurdering nok til å kunne gi høy informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 63). Respondentene hadde alle flere års erfaring og dermed godt grunnlag for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Refleksjoner rundt utvelgelse av respondenter har i etterkant gjort at vi har reist spørsmål om bredde på tvers av faggrupper ikke ble godt representert i utvalget fordi det var for få representanter i de andre gruppene i forhold til sykepleiere. Dette fordi de gruppene ikke kom like godt fram i meningsutvekslingen som sykepleierne. Årsakene kan være mange, det kan tenkes det var på grunn av ubalanse i maktforholdet mellom yrkesgruppene, og at helsefagarbeidere og assistenten var i undertall.

Vi vil nå diskutere funn fra analysen. Diskusjonen knyttes spesielt opp mot konsekvenser for sykepleie, i lys av presentert teori i oppgaven, samt tidligere forskning på fagområde.

5.1 Å kjenne pasienten for å kunne oppdage smerte

Funn i egen studie viser at det å kjenne pasienten er en av de viktigste forutsetningene for å kunne anvende MOBID-2 smerteskala for helsepersonellet. Respondentene forteller at de bruker mye tid på å bli kjent med den enkelte pasient, for å forstå kroppsspråket og deres måte å uttrykke seg på. Det er viktig å få kjennskap til hvordan signaler og uttrykk på smerte fremstår hos den enkelte pasient, for å kunne oppdage smerte. Det er også i tråd med personsentrert omsorg, der fokuset sentreres til å forstå personen og hvordan de uttrykker seg (Tretteteig og Røsvik, 2016, s. 228).

Personer med demens må sees i en relasjonell sammenheng, til tross for kognitiv svekkelse er det fortsatt slik at det er mulig å etablere en likeverdig kontakt ifølge Rokstad (2008, s. 68 - 69). Å ha evne til å sette seg inn i pasientens perspektiv, som ofte ikke kan uttrykke seg om sine egne smerter er å praktisere personsentrert omsorg.

Det at helsepersonellet bruker tid på å bli kjent med personen er funn i vår studie som kan knyttes til viktigheten av å etablere en relasjon for å få kjennskap til personen, samt troen på å oppnå en likeverdig kontakt.

Sentrale funn i studien viser samtidig at både sykepleiere og annet helsepersonell erfarer nødvendigheten av å kunne være fleksibel i arbeidet. De opplever videre at de må være kreative, oppfinnsomme og kunne ta smertekartleggingen på sparket under morgenstellet, eller som en del av en felles morgentrim. Dette kan sees i lys av personsentrert omsorg der pleieren må evne å være tilstede, samt være åpen for justeringer. Sykepleier må kunne legge fra seg den ferdigsydd malen som her er MOBID-2, våge å være spørrende og rådføre seg med pasient eller pårørende. Å gå vekk fra en ferdigsydd mal er å kunne oppføre seg mer fritt og kreativt. Respondenter i vår studie beskriver at det ikke nødvendigvis er slik at man får fullført oppgaven i løpet av en vakt slik at de må ta opp igjen tråden neste vakt. De opplever at deres observasjoner kan være de som blir gjort under et stell eller dusj i løpet av en vakt, og at de opplever ofte å måtte løsrive seg fra å følge skjemaet slavisk.

Personer med demens skal anerkjennes som kompetent på egen situasjon og relasjonen skal være basert på samarbeid. Det er også slik at personen som har demens kan ha mye å lære den som skal hjelpe ifølge Rokstad (2008, s. 69 - 70). I lys av det overnevnte kan en samtidig se utfordringer ved kognitive symptomer som følge av demens som påvirker personens evne til å kommunisere smertefulle stimuli. Det er derfor nødvendig at sykepleier har gode kunnskaper om kommunikasjon (Holte og Tretteteig, 2016, s. 259), og kan tolke signaler på smerte hos personer med demens. Sykepleier må vite noe om personens språk og språkforståelse for å kunne vite hva personen sliter med, og når dette er kjent kan h*n legge til rette for god kommunikasjon og samhandling (Holte og Tretteteig, 2016, s. 264). Viktigheten av å kunne delta og ha medvirkning i avgjørelser som angår personen med demens blir også påpekt i demensplan 2020 (regjeringen.no, 2015, s. 8). Det er et ønske fra personer med demens om å kunne få delta til tross for sykdom. Dette stiller krav til sykepleiers evne til å kunne sette seg inn i den andres behov, samt å kunne legge til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering.

Det kan tenkes at dersom sykepleier ikke er i stand til å ta med smerteopplevelsen til pasienten som en del av sin vurdering av smerter vil viktig informasjon gå tapt, og det vil gå ut over pasientens sikkerhet. En vet dessverre at mange pasienter kan oppleve å ikke få tilstrekkelig med informasjon, samt at de opplever å ikke bli hørt (Heyn, 2018, s. 16). Når pasient og sykepleier ikke opplever å dele en felles sak beskriver Martinsen (2005) dette som to parter som blir værende i to forskjellige verdener. Sykepleier kan gjøre pasienten om til et objekt, og blir dermed ute av stand til å ta pasienten på alvor. Videre setter sykepleier seg i en posisjon som er over pasienten og det blir sykepleiers forståelse av pasientens situasjon som danner et grunnlag for relasjonen.

Forskning viser at MOBID-2 er et godt egnet verktøy til å kartlegge smerte relatert til muskel, - og skjelettsystemet, samt indre organer og hud. Husebø (2008, s. 41 - 43)

skriver i sin doktorgradsavhandling at det viktigste er å oppdage om pasienten har smerter, samt hvor smertene er lokalisert for å kunne starte opp adekvat smertebehandling. I likhet med våre funn påpeker hun også forskningsresultater der en har konkludert med betydningen av at helsepersonellet kjenner pasienten og deres måte å uttrykke seg på.

Kontinuitet i form av det samme personalet som kjenner pasienten også er de som smertekartlegger er en nødvendighet for å oppnå gode observasjoner ifølge helsepersonellet. Kontinuitet kan sees på som en kvalitetsegenskap ifølge Orvik (2015, s.79), og er ofte opplevd av pasienter og pårørende som sammenheng i tjenestene. Det er viktig at alle som jobber med pasienten har den samme kunnskapen for å sikre kontinuitet.

Systematisk og jevnlig bruk av skjemaet er en annen form for kontinuitet som også trekkes frem av respondentene i studien, og som er avgjørende for kvaliteten på de observasjonene som gjøres under smertekartleggingen. For å oppnå valide resultater må det gjøres jevnlig kartlegginger som kan settes inn i en sammenheng. Avdelingen har oppnådd målet om å integrere systematisk bruk av MOBID-2, noe som er et tegn på et vellykket forbedringsarbeid. Orvik (2015, s. 270) beskriver fastfrysingsfasen i Lewins trefasemodell for endringsarbeid slik; når endringen er permanent og oppleves som en nødvendighet i hverdagen.

5.2 Økt observasjonsevne

Respondentene er enig i at MOBID-2 er et passe langt skjema. Samtidig er MOBID-2 tilpasset pasientgruppen, fordi pasienten ikke selv må gradere sine egne smerter. På bakgrunn av det en vet om konsekvenser av å leve med demens og at det ofte medfører nedsatt evne til å rapportere egne smerter, er denne pasientgruppen avhengig av at andre kan oppdage smerte. Evnen til å kunne observere smerteatferd er viktig ifølge Husebø (2008, s. 40). Helsepersonell må kunne tolke og omdanne observasjonene til et anslag av smerteintensitet, samt forstå hvilken betydning smerten har for pasienten. Når deltakerne i studien beskrev at tiden før MOBID-2 var preget av en mer tilfeldig smertelindring og at det skulle mye til før tiltak ble iverksatt kan det stamme fra usikkerhet i eget arbeid. At det skulle tydelige tegn til og at ofte ble det vurdert at man skulle se an til neste vakt, kan tyde på redsel for å gjøre noe feil. Sykepleier har et ansvar for å lindre pasientens smerter, dekke grunnleggende behov for velvære gjennom datasamling, kartlegging og klinisk observasjon (Danielsen mfl., 2016, s. 382).

Flere av helsepersonellet i studien sluttet seg til at når de så de positive effektene av smertekartleggingen skjedde en endring i personalets holdninger. Det kan tyde på manglende kunnskap om hvilken nytteverdi smertekartlegging har, også muligens stor tillitt til at bruk av faglig skjønn alene i vurderingen av smerte er godt nok. Ifølge Kirkebøen (2013, s. 27 - 43) er det mye forskning på feltet om fagfolks skjønn, og resultatene viser det er god grunn til å være kritiske til fagfolks skjønnsmessige

vurderinger. Kvaliteten på vurderingene varierer veldig fra fag til fag, fra eksepsjonelt dårlig til meget bra. Videre beskrives det at det er spesielt to betingelser som må være tilstede for at det faglige skjønnet skal være av god kvalitet. Den ene er at det må være valide tegn på det skjønnsmessige fagområdet som skal forstås, den andre er at det må være en mulighet for fagfolkene til å lære seg tegnene gjennom tilbakemelding. Når det er store variabler og X ikke gir god predikasjon på Y er det spesielt vanskelig. Det konkluderes med at hjelpemidler som lineære modeller og registrering av erfaringer bør brukes mye hyppigere som et supplement til faglig skjønn.

Observasjoner av pasientens kliniske tilstand er den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan gis ifølge Nightingale referert i Nortvedt og Grønseth (2016, s. 23). Vi mener et sentralt funn fra studien viser at helsepersonellet opplever at denne kompetansen har økt som følge av systematisk smertekartlegging. Respondentene rapporterer om økt evne til å «se» pasientene. Kirkebøen (2013) beskriver viktigheten av å kunne lære seg å gjenkjenne tegn, og at gjennom registrering av erfaringer er dette mulig. Dermed kan vi tolke dette som at bruk av smertekarleggingsverktøyet har utviklet helsepersonellens faglige skjønn. Det er bred enighet hos respondentene om at økt søkelys på smertevurdering har vært utelukkende positivt, samtidig er helsepersonellet bevisste på at MOBID-2 benyttes som et supplement i datasamlingen, og ikke utelukker annen klinisk vurdering og skjønn (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 29).

5.3 Varierende behov

Symptomer ved demens er som regel progredierende og tjenestene må være tilpasset den enkelte i takt med endrede behov i pasientforløpet. Respondentene erfarer MOBID-2 fanger smerte til tross for svikt i språket. En sykepleier erfarte at utfordringen er at pasientene kan si det er vondt i hodet men så er det faktisk ryggen som er vond, men MOBID-2 fanger opp dette. Forskning (Husebø mfl., 2014, s. 1419 – 1430) viser at kartleggingsverktøyet MOBID-2 er et godt egnet verktøy til å måle smerter fra muskel, - og skjelettsystemet, samt fra indre organer og hud. Systematisk bruk av verktøyet over tid reduserer smerte betydelig, hos pasienter med smertescore tre eller høyere (Sandvik mfl., 2014, s. 1490 – 1500).

Multisyke eldre som har nedsatt kommunikasjonsevne viser det er av betydning å ha en helhetlig tilnærming til personens smerte. Det er i den forbindelse gjort refleksjoner om MOBID-2 kan egne seg godt hos en annen pasientgruppe der det er grensetilfeller i kognitiv funksjonsnivå. Det var noen av respondentene som mente MOBID-2 ikke hadde fungert like godt ved somatisk langtidsavdeling på sykehjemmet, fordi pasientene der har bedre kognitiv funksjon. Likevel erfarer flere respondenter det er avhengig av hvordan man tilnærmer seg de mest «oppegående» pasientene. Dette kan vise viktigheten av egenskaper hos hjelperen, for å lykkes med smertekartleggingen må en ha gode kommunikasjonsferdigheter. Helsepersonellet stiller seg åpen til å prøve ut MOBID-2 i andre avdelinger, men erfarer likevel mange vegrer seg for å starte.

5.4 Tung implementering

I vårt samfunn preges helsepersonells hverdag av stadige endringer som følge av økonomi, utviklingen av teknologi, medisin og ny kunnskap (Orvik, 2015 s. 260). Ifølge helsepersonelloven (1999, § 4) skal helsepersonell utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det er ikke nødvendigvis slik at alle endringer man kan gjøre i pasientomsorgen eller organiseringen av den er til det bedre og resultatet kan bli endringstretthet (Orvik, 2015 s. 260). Dette kan være årsaken til at helsepersonell som ønsker og er bevisst på at det er behov for grep i pasientomsorgen likevel vegrer seg for endringer slik vår studie viser. Holdningen blant de som ble intervjuet var at endringsprosesser i helsevesenet var tunge prosesser som ofte møter høy grad av motstand. Sørås (2007, s. 102) forklarer at ofte kan bare tanken på at en endring kan komme være nok til at det mobiliseres motstand. Eksisterende maktforhold kan trues ved at noen kanskje mister sine tidligere funksjoner. BOHICA er en humoristisk betegnelse på endringsarbeid; «Bend Over Here It Comes Again» beskriver hvor vanskelig det er å få oppslutning om en endring, og hvordan de ansatte bøyer seg og venter på at endringsbølgen skal skylle over dem og alt skal igjen bli som før (Sørås, 2007, s. 110). Viktige faktorer for å oppnå en vellykket endringsprosess er motivasjon blant de ansatte, at de har mulighet til å påvirke prosessen og at alle involverte deltar på en eller annen måte (Sørås, 2007, s. 110). Dette stemmer overens med vårt funn at prosessen opplevdes lettere når alle etter hvert ble involvert og kunne delta aktivt.

En av grunnene til at det snudde fra å føles tungt til å bli lettere var at kunnskapen spredde seg i avdelingen. Orvik (2015, s. 27) beskriver kompetanse som et kollektivt begrep. Når kunnskap og erfaring deles med andre oppstår kompetanse. I Orviks (2015, s. 211) begrepsavklaring om ordet samarbeid forklarer han at når man oppnår en følelse av felleskap, «dette er noe vi er sammen om» skapes det en positiv interaksjon. Videre hevder han at man gjennom samarbeid beveger seg mot en mer altruistisk orientering framfor å beskytte egne territorier. Dette er i tråd med det Sørås (2007) beskriver som utfordringer med endring; at man kan ønske å beskytte sin tidligere posisjon, og det å aktivt fremme samarbeid må i lys av dette og våre funn kunne sees på som ett viktig poeng i en implementeringsprosess.

Som teori om forbedringskunnskap viser er det nødvendig at man har kunnskap om hvordan en forbedring skjer. At man har kunnskap om forbedring som kliniker styrker forståelsen av hvordan prosessene forgår i praksis og dermed styrker den enkeltes handlingskompetanse i endringsarbeidet (Orvik, 2015 s. 275). Dermed kan økt forbedringskunnskap blant personalet på avdelingen føre til en forbedret implementeringsprosess.

5.5 En sterk ledelse i forbedringsarbeidet

En av respondentene beskrev at det ikke er nok at en eller to av dem ønsker og forbedre seg. Dette tydeliggjør behovet for styring og ledelse av en slik prosess. For å oppnå

endringer er samordning en nødvendighet og det er ifølge Orvik (2015) en leder oppgave. Som Orvik (2015, s. 212) presiserer er det behov for noen som kan gå foran å gå opp løypene for klinikerne. Samordning i denne konteksten handler om en leder som informerer andre faggrupper som for eksempel leger om hvilket smertekartleggings skjema som brukes i avdelingen og hva dette går ut på. På den måten oppnås samhandlingskompetanse. Dette underbygges av funnene i studien som sier at det opplevdes som viktig for å lykkes med implementering av MOBID-2 at de hadde en sterk ledelse som gikk foran i arbeidet og informerte samarbeidende helsepersonell. Ledelse betyr ifølge Orvik (2015, s. 288 - 290) «å gi noe retning» og å handle sammen i et forpliktende samspill. En leders ansvar i denne konteksten er å utforme en klar målsetning, drive problemløsning underveis og kommunikasjonsutvikling for å fremme samspill. En av respondentene følte de ikke hadde noe annet valg enn å starte med smertekartleggingen, det kan bety at noe av kommunikasjonen har blitt tapt underveis, eventuelt tyde på at vedkommende følte seg forpliktet til å utføre arbeidet basert på lederens bestemmelse fremfor en indre motivasjon. En slik motivasjon kan komme fra at man har klart for seg hvilke konsekvenser og fordeler smertekartleggingen kan gi i henhold til teori om forbedringsarbeid.

5.6 Et felles språk gir trygghet i eget arbeid

Systematisk smertekartlegging vil ifølge Danielsen mfl. (2016, s. 390) gjøre det lettere å vurdere effekten av smertelindring, gi et sammenlikningsgrunnlag fra gang til gang og føre til at sykepleierne får et felles begrepsapparat. Det hevdes videre at individuelle holdninger og oppfatninger får mindre betydning og at dokumentasjon og rapporteringen til legene blir mer presis. Det å etablere en felles forståelse av hva et konkret resultat av MOBID-2 betydde var en nødvendighet ifølge respondentene i studien. Hva betyr en femmer på skalaen? Dette samsvarer med teori (Danielsen mfl., 2016) om et felles begrepsapparat og gjør dermed kommunikasjonen mellom helsepersonell lettere både innad i faggruppene og med samarbeidende helsepersonell. Det ga en opplevelse av mer tyngde i vurderingene når det forelå et konkret dokumentert resultat å vise til ifølge respondentene i egen studie. Sykepleierne opplevde at de ble tatt alvorlig og at det ble mindre synsing og tilfeldighet i det som avgjorde forordningen av smertelindring. Det må kunne sies at det er moralsk utfordrende å sørge for at personer med demens er adekvat smerte lindret (Danielsen mfl., 2016, s. 382). Tidligere forskning (Nygaard og Jarland, 2005, s. 1349 - 1351) viser at personer med demens får mindre smertelindring enn andre pasienter til sammenlikning med de som er kognitivt intakte, noe som må sees på som et etisk dilemma. Systematisk smertekartlegging kan ifølge egen studie og tidligere forskning være et godt redskap for å unngå at personer med demens skal lide unødig av ubehandlede smerter. Det samme kan gjelde for overmedisinering slik vår studie viser. Det hadde ifølge respondentene vært tilfeller der pasientene ikke hadde behov for alle de smertestillende de sto på og etter innføring av smerte kartleggingen hadde de blitt seponert. Det var også respondentenes opplevelse at det var nyttig å kunne gå tilbake å sammenlikne et resultat med et tidligere for å se utvikling og sammenheng. Danielsen mfl. (2016, s. 390) forklarer at det viktigste ved smertekartleggingen er kanskje de endringer en kan registrere over tid hos en og samme pasient.

6 Konklusjon

Funn fra studien viser at MOBID-2 er et godt verktøy til bruk for å vurdere smerte. Samtidig gir det trygghet i sykepleiers arbeid med å fange opp smerte hos personer med demens. En konsekvens for sykepleie er at det blir lettere å samarbeide innad og på tvers av faggrupper ved bruk av MOBID-2 på grunn av et felles begrepsapparat. Bruk av MOBID-2 i varetar pasientens sikkerhet ved å fange opp smerte og endringer i helsetilstanden. MOBID-2 kan slik forebygge inaktivitet og sengeleiekomplikasjoner. Fravær av smerter vil i stor grad påvirke livskvalitet hos personer med demens og dette er et viktig mål med sykepleien. Konsekvenser for sykepleie vil derfor være at h*n må kunne sette seg inn i pasientens opplevelser av smerte for å kunne lindre eventuelle plager. Dette innebærer å bruke tid for å bli kjent med pasienten og deres måter å uttrykke smerter på. Sykepleier må også kunne løsrive seg fra en gitt mal og evne å være kreativ og fleksibel i arbeidet med å smerte kartlegge. Bruk av MOBID-2 kan gi økt observasjonsevne og støtte opp under faglig skjønn.

Vår studie viser det var utfordringer knyttet til implementeringen av MOBID-2. Viktige faktorer for en vellykket forbedringsprosess er motivasjon hos den enkelte medarbeider. Motivasjon kan komme fra kunnskap innen forbedringsarbeid men også om nytteverdien av smertekartlegging. Konsekvenser for sykepleier er at h*n må tilegne seg slik kunnskap. Det er en lederoppgave å kommunisere nytteverdier og mål med endringsarbeidet. Funn fra studien viser at en sterk ledelse er en forutsetning for å lykkes i implementeringsprosessen.

6.1 Anbefaling til videre forskning

Det er behov for mer forskning som kan støtte opp om MOBID-2 som et fortrukket verktøy til denne pasientgruppen. Noen gullstandard finnes ikke og for å skape en mer sammenhengende tjeneste må resultater fra MOBID-2 kunne følge pasienten i overganger til for eksempel spesialisthelsetjeneste. Det kan derfor være en utfordring at det blir benyttet ulike verktøy til smertekartlegging i forhold til et felles begrepsapparat for helsepersonell.

Det har vært forsket mye på fagområdet demens og smerte, og forskning viser MOBID-2 er et godt egnet verktøy til å kartlegge og lokalisere smerte hos personer med demens. På bakgrunn av det en vet om en økende eldre befolkning og at de eldste eldre vil øke markant fremover, kan det være interessant å finne ut mer om MOBID-2 kan benyttes til å kartlegge smerter hos personer i livets sluttfase.

Referanser

Bjørø, K. og Torvik, K. (2008) Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I: Rustøen, T. og Wahl, K.A. red. *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 182 – 203.

Bjørø, K. og K. Torvik. (2010) Smerte. I: Kirkevold, M, Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 333 – 349.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* Oslo: Abstrakt forlag.

Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 381 - 427.

Eide, H. og Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2017) *Demens*. [Internett]. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens> [Lest 12. april 2019].

Helsedirektoratet (2018) *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> [Lest 12. april 2019].

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Heyn, L.G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I: Heyn, L.G. (red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13 – 32.

Holte, T. og Tretteteig, S. (2016) Kommunikasjon. I: Tretteteig, S. red. *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s. 259 – 271.

Husebø, S.B. (2008) *Assesment of Pain in Patients with Dementia. Development of a staff-administered behavioural pain assessment tool* [PhD]. Bergen: Universitetet i Bergen.

Husebø, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S.B. og 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* [Internett], 24 (2), s. 380-391. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>.

Husebø, B. S., Ostelo, R. og Strand, L.I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*. [Internett], 18 (10), s. 1419 – 1430. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.507>

Husebø, B.S. (2016) Lindrende demensomsorg. I: Tretteteig, S. (red.) *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s. 481 – 507.

Husebø (u.å.) MOBID-2 skjema. Tilgjengelig fra: < https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/MOBID-2_skjema.pdf > [07.05.2019].

Kirkebøen, G. (2013) Kan vi stole på fagfolks skjønn? I: Molander, A. og Smeby, J-C. (Red.) *Profesjons-studier 2*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 27 - 43.

Kitwood, T., Høeg, D. og Johnsen, N. (1999) *En revurdering af demens: personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo.

Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2016) Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. Og Hjelmeland, G.G. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1, Sykepleie- fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 89–139.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 4-1 og § 4-2. *Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Ikraft: 1. januar 2012.*

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Manfredi, P.L., Breuer, B., Meier, D. og Libow L. (2003) Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internett], 2003 (25), s. 48 – 52. Tilgjengelig fra: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392402005304?via%3Dihub>> [25.04.2019].

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

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

Nortvedt, P., og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie-funksjon, ansvar og kompetanse I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17 - 39.

Nygaard, H.A. og Jarland, M. (2005) Kroniske smerter hos sykehjemspasienter. Selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* [Internett], 2005 (10), s. 1349 – 51. Tilgjengelig fra:
<https://tidsskriftet.no/2005/05/medisin-og-vitenskap/kroniske-smerter-hos-sykehjemspasienter-selvrapporing-og-sykepleiers> [24.04.2019].

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Proctor, W.R. og Hirdes, J.P. (2001). Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Research and Management* [Internett], 2001 (6), s. 119-125. Tilgjengelig fra: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2001/978130/abs/> [24.04.2019].

Regjeringen (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. [Internett]. Publikasjonskode: I-1170. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf [Lest: 15. april, 2019].

Rokstad, A.M.M. (2008) Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. red. *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS, s. 60 – 86.

Sandvik, R.K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A. og Husebo, B.S. (2014) Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial. *European Journal of Pain*. [Internett], 18, s. 1490 – 1500. DOI: 10.1002/ejp.523

Sørås, I. (2007) *Organisasjonsutvikling i sykehus - forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tretteteig, S. og Røsvik, J. (2016) Personsentrert omsorg. I: Tretteteig, S. red. *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Oslo: Forlaget Aldring og helse, s. 227 – 239.

Vedlegg

Vedlegg 1: MOBID-2 skjema.

APPENDIKS

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



Smertelyd
»Aul«
Slårner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



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

Smerteintensitet

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

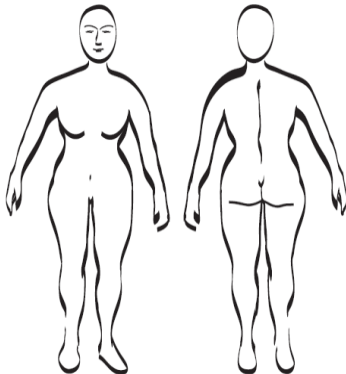
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

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

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vedlegg 2: Informasjonsskriv.

Vil du delta i forskningsprosjektet

“ Erfaringer med bruk av smertekartlegging (MOBID-2) i sykehjem”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke erfaringer ved bruk av smertekartlegging til personer med demens i sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi skal undersøke helsepersonell/sykepleieres erfaringer ved bruk av smertekartleggingsverktøy til personer med en demens diagnose. Vi planlegger å gjennomføre fokusgruppeintervju med ansatte på demensavdelingen ved Aspøya omsorgssenter. Dette er en bacheloroppgave som vi skal gjennomføre i løpet av vårt tredje år som sykepleiestudenter ved NTNU i Ålesund.

Det er ønskelig å rekruttere både sykepleiere og helsefagarbeidere til studien. Vi trenger rundt seks frivillige til å delta på intervjuet, som vil ha en struktur som en guidet diskusjon i en gruppe. På denne måten får alle anledning til å dele erfaringer og reflektere videre omkring ulike spørsmål angående smertekartlegging.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektgruppen består av:

Hovedveileder: Rigmor Einang Alnes, 1. amanuensis, NTNU

Biveileder Anne Dreier, 1.amanuensis, NTNU

Marita Thorsen, sykepleiestudent NTNU

Christina Røsberg, sykepleiestudent NTNU

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i kraft av at du er ansatt ved demensavdelingen på omsorgssenteret. Vi ønsker fire sykepleiere og to personer med annen helsefaglig bakgrunn til å være med i studien vår. Det er viktig at du har deltatt aktivt i smertekartleggingen ved avdelingen for å kunne delta i diskusjonen.

Det foreligger en avtale mellom omsorgssenteret og NTNU om å gjennomføre denne studien ved avdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagerne vil innledningsvis få rundt tre skriftlige spørsmål som etablerer erfaring og bakgrunn før intervjuet starter. Vi som forskere/studenter vil lede samtalen med utgangspunkt i forskjellige tema/spørsmål vi ønsker å få svar på. Vi vil ta opp intervjuet med båndopptaker. Informasjonen vi innhenter skal kun brukes i denne studiens formål og vil senere bli slettet. Vi vil transkribere intervjuet og så analysere det skiftelige materialet. Hele intervjuet vil ta omtrent 60 min og tidspunkt for intervjuet vil vi komme tilbake til.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det skriftlige materialet vil ikke ha personidentifiserende opplysninger og slik ikke kunne bli gjenkjent i forskningsmaterialet. Det vil ikke være noen andre enn prosjektgruppen som har tilgang til forskningsmaterialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i Juni 2019. Alle personopplysninger og opptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Ålesund har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU Ålesund ved Rigmor Alnes.
- Personvernombudet ved NTNU som er Thomas Helgesen. Kontaktinformasjonen finner dere her: ntnu.no/ansatte/thomas.helgesen - Riktig e-post til NSD er personverntjenester@nsd.no

Med vennlig hilsen

Marita Thorsen, maritath@stud.ntnu.no
Christina Røsberg, chrirosb@stud.ntnu.no
Rigmor E. Alnes (Veileder).

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet **smertekartlegging til eldre mennesker med dements i sykehjem**, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- å levere inn skriftlig svar på innledende spørsmål.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca juni 2019.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltagers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3: Intervjuguide.



Intervjuguide

Innledning:

Ønske velkommen til deltakerne. Presentere seg selv og si noe kort om prosjektet.

Konsekvenser ved å være med på intervjuet:

- Vi presenterer prosjektet rundt Mai/ Juni 2019.
- Deltakerne får mulighet til å fortelle om sine erfaringer og påvirke fremtidige helsetjenester til personer med demens.

Dokumentasjon av intervjuet:

- Båndopptaker. Godkjenning fra NSD - Norsk Senter for forskningsdata.
- Datamaterialet slettes etter prosjektet er avsluttet.
- Notater.

Anonymitet – Studentene vil sikre innhentet data på en slik måte at det ikke skal kunne identifiseres.

Avslutte intervjuet – Deltakeren kan når som helst avslutte intervjuet og det vil få ingen negative konsekvenser.

Intervjuet vil ta omkring 1 time å gjennomføre.

Introduksjon til temaet

Navn på prosjektet

Smertekartlegging til eldre (+65 år) mennesker med demens i sykehjem.

Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere og annet helsepersonell med bruk av MOBID-2 smertekartleggingsverktøy til personer med demens i sykehjem?

I 2004 var det om lag 65 000 eldre med demens i Norge og dette tallet forventes å øke ifølge Engedal og Haugen (2004) til 165 000 innen 2050.

På bakgrunn av dette og de utfordringer en slik diagnose medfører i forhold til tap av språk og kognisjon mener vi det er høyst aktuelt å finne ut mer om sykepleiers erfaringer i den utfordrende jobben å kartlegge smerte hos denne pasientgruppen. Vi ønsker å se på sykepleiers erfaringer og opplevelser med smertekartlegging for å kunne bidra til fremtidige tjenester og kvalitet i omsorgen til de eldre i sykehjem.

Tema 1: Erfaring

- Hva er deres erfaring med å bruke Mobid-2 smertekartleggingsverktøy i avdelingen?
- Hva er positivt med å bruke dette verktøyet?
- Er det noe som oppleves utfordrende?
- Har kartleggingen endret forståelsen din av smerte hos personer med demens?

Tema 2: Organisatoriske forhold

- Erfares det at det er tid og rom for å diskutere funnene i kartleggingen?
- Hvordan opplever at det tar lang eller kort tid å gjennomføre kartleggingen?
- Hva synes dere om å bruke tiden til deg/dere som sykepleier i avdelingen til smertekartlegging?

Tema 3: Sykepleier/helsefagarbeiders kunnskap

- Hvorfor er det viktig å kartlegge smerte hos pasienter med demens?
- Hvordan opplever du at kartleggingen blir fulgt opp?
- Hvor går du når du er usikker på hva som er riktig å gjøre?

