



Reidun Karin Sandvik,
BSc Sykepleie, MSc Pain Management, høyskolelektor, HiB



Bettina S. Husebø,
Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Helse Stavanger HF, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM).

Måler smerte hos personer med demens

Med smerteskala kan helsepersonell kartlegge smertenivå hos pasienter med demens som ikke kan beskrive egen smerte.

Man antar at 70 000 mennesker i Norge har en demenssykdom. I tillegg forventer man en økning på 10 000 tilfeller hvert år (1). Diagnosen demens er hovedårsaken til at nordmenn legges inn på sykehjem. Dette betyr at en stor andel av Norges cirka 41 000 sykehjemspasienter er rammet av en demenssykdom. Man forventer også en ekspansjon på verdensbasis som innebærer at 4 prosent av totalbefolkningen vil ha en demenssykdom innen 2040 (2).

Smertebehandling

Smarter hos pasienter på sykehjem med demens er ofte sammensatte og forekommer hyppig. Studier viser at 60–80 prosent av sykehjemspasienter har smerter (3). Kroniske smertediagnoser i muskel og skjelett, indre organer, hode og hud øker ved høy alder (3). Pasienter med demens får mindre analgetika enn dem uten demens, både med hensyn til mengde og styrke. Til tross for at begge grupper har de samme potensielt smertefulle diagnosene (4,5).

Forutsetningen for tilstrekkelig smertebehandling er pasientens egen evne til å rapportere smertens lokalisasjon, kvalitet og intensitet (6). God smertebehandling blir en del enklere for pasienter i sykehjem som selv kan beskrive dette, enn hos dem som ikke selv kan rapportere smerte på grunn av redusert hukommelse, språk og manglende refleksjonsevne (7). Dette får også konsekvenser for vurdering av effekt og eventuelle bivirkninger av behandling. Manglende evne til selvrapportering påvirker også muligheten for å differensiere mellom smerte i ro og smerte ved bevegelse. Et kartleggingsverktøy bør derfor være basert på observasjon av typisk smerteatferd under systematiske bevegelser av kroppen. Det er en kjensgjerning at vi vil forsøke å unngå smertefull stimuli ved å holde skadestedet i ro (8).

Smertekartlegging

For pasienter i sykehjem med moderat til alvorlig demens er verbal egenrapportering av smerter ikke lenger mulig. Dette gjør at disse

pasientene er avhengige av at pleiepersonale og andre omsorgspersoner kan tolke verbale og ikke-verbale tegn som uttrykk for smerte (proxyrating). Derfor er atferdsbaserte smertekartleggingsinstrumenter nødvendig ved smertekartlegging hos moderat til alvorlig demente pasienter.

I forhold til smerteintensitet har det vist seg at et standardisert kartleggingsverktøy øker bevisstheten på hvilken atferd som skal observeres, samt øker sensitiviteten hos personalet overfor smerter. Som basis for en videre smertebehandling er det vesentlig at det er en kvalifisert og systematisk vurdering av hele kroppen som ligger til grunn (7).

Verktøy

Det er utviklet og testet flere atferdsbaserte kartleggingsverktøy for smerteatferd, men alle systematiske oversiktsartikler innen feltet konkluderer med at disse instrumentene har begrenset klinisk anvendbarhet ved alvorlig demens (7). I Norge er «The checklist of nonverbal pain indicators» (CNPI) og Doloplus-2-instrumenter som er oversatt og vurdert som pålitelige (validert).

For å fange opp noen svakheter i disse instrumentene ble det utviklet og testet et nytt verktøy: Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 Pain Scale (MOBID-2 smerteskala). Instrumentet er tilrettelagt for pleiepersonale på sykehjem, det er utviklet på norsk, validert, og brukt i to større studier (5, 9).

Intensjoner

Denne artikkelen har som intensjon å lette implementeringen av MOBID-2 smerteskala i sykehjem og andre enheter som har pasienter med demens. Vi mener dette vil:

- ▶ føre til bedret kompetanse på smertekartlegging hos pleiepersonalet
- ▶ implementere vitenskap i praksis
- ▶ lette implementeringen av MOBID-2 i sykehjem, hjemmesykepleie og andre institusjoner

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Demens
- ▶ Smerte
- ▶ Sykehjem
- ▶ Kartlegging



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



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

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

Smerteintensitet

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

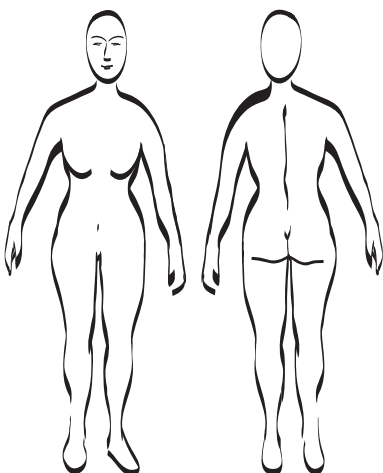
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
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
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 hofterledd	<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
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



MOBID-2 smerteskala

MOBID-2 smerteskala er et av instrumentene som kan brukes for å kartlegge smerte hos pasienter med demens. Instrumentet ble utviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved Universitetet i Bergen (10,11).

MOBID-2 er designet med henblikk på pasientens hverdags-situasjon i sykehjem. Den fanger opp de observasjoner pleierne gjør av smertereaksjoner hos sine pasienter under stell. MOBID-2 består av to deler.

Del 1

Del 1 fanger opp smerter fra muskulatur, ledd og skjelett og skal utføres under fem standardisert og aktiv mobilisering som er typisk for hverdagen på sykehjem. Dette gjør at pasienten får beveget hele kroppen slik at vi får vurdert smerte i bevegelse.

Vi mobiliserer beboerne etter stegene vist under. På grunn av demens vil språkvansker og problemer med å forstå instruksjoner (7) må vi lede pasienten gjennom følgende bevegelser: 1) Åpne og lukke begge hender,

2) strekke begge armene mot hodet, 3) bøye og strekke ankler, knær og hofter, 4) snu seg i sengen, 5) sette seg opp på sengekanten.

Vi avslutter mobiliseringen med en gang dersom vi mistenker

Pasienter med demens får mindre analgetika enn dem uten demens.

at dette kan være smertefullt for pasienten. Pleieren vurderer pasientens respons under hver bevegelse og krysser av dersom han eller hun viser smerterelatert atferd som: A) Lyder («Au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker eller puster fort), B) ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene), C) avvergende reaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg).

Atferden tolkes deretter ut fra en 0–10 punkts skala, Numerical rating scale (NRS), der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. Å observere atferd under standardiserte bevegelser av hele kroppen, viser seg å være en god indikator for smerteintensitet i muskel og skjelettsystemet (12).

Del 2

MOBID-2 del 2 fanger opp smerteatferd relatert til indre organer, hode og hud. I denne delen av instrumentet oppfordres pleierpersonalet til å være oppmerksom på pasientens atferd, som kan

være relatert til smerte fra indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Observasjoner som er gjort samme dag og i løpet av den siste uken skal inkluderes i vurderingen. Observerte smerteatferd eller ytret smerteteegn blir tolket til smerteintensitet på en skala fra 0–10 (0 er ingen smerte, 10 verst tenkelig smerte) i: 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. Pasientens totale smerteintensitet blir til slutt vurdert av pleier på en egen skala fra 0–10. MOBID-2 er videre beskrevet i en artikkel på norsk (13).

Praktisk bruk

En del pleiere ønsker å ha en felles konsensus på avdelingen, og spør derfor kollegaene sine om hvordan de vurderer pasientens totale smerteintensitet. Dette kan slå uheldig ut. Det er viktig at den personen som har vurdert pasienten gjennom de ti punktene som er nevnt over, også vurderer hva som blir personens endelige smerteskår. Noen kan ønske å legge sammen alle skårene og dele dem på antall punkter (10 punkter). Dette kan bli misvisende. En person som har et vondt kne med intensitet vurdert til NRS 9, får ikke mindre vondt i dette kneet av at han eller hun ikke har smerteskår på noen av de andre punktene på kartleggingskjemaet. Den totale smerteskåren skal gjenspeile smerteintensiteten den enkelte beboeren opplever. Hvis en person har artrose i fingrene etter mange år som håndverker, og pleieren har vurdert bevegelsen av fingrene til smertenivå 9 på NRS-skalaen, vil nok en totalskår ligge på rundt 9 selv om vedkommende ikke har vondt noen andre steder.

Implementering

Erfaringer fra implementeringen av MOBID-2 viser at det er lettest å innføre systematisk smertekartlegging der det alt er fokus på smerter. Det er også enklest der alle får samme grundige opplæringen ved oppstart. Utover dette vil implementeringen lettes ved tverrfaglig samarbeid, og der alle yrkesgrupper bruker instrumentet i smertebehandlingen. Implementeringen av et slikt instrument lettes dersom der er en fra pleiegruppen som har en særskilt koordinator eller smertekontaktfunksjon.

Fremtidsperspektiv

Det er et ønske å bygge videre på MOBID-2 smerteskala for å utvikle et instrument for bevisstløse og døende pasienter. Formålet med dette er å bedre kunne vurdere å lindre smerte og andre symptomer hos døende pasienter, for å gi en kompetent behandling og forebygge unødige sykehusinnleggelsler. ■■■

LITTERATUR

- Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Sep; 22(9):843–9.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 DEC 17;366 (9503): 2112–7.
- Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Aug; 20(8): 730–7.
- Cunningham C. Managing pain in patients with dementia in hospital. *Nurs Stand*. 2006 Jul 26-Aug 1;20 (46): 54–8.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borgehusebo S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2008 Jul; 9(6): 427–33.
- Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *Lancet*. 1999 May 22;353 (9166): 1784–8.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. 2007 Jan; 23 (1 Suppl): S1–43.
- The management of chronic pain in older persons. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. *American Geriatrics Society, Geriatrics*. 1998 Oct; 53 Suppl 3:S8–24.
- Husebo BS, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Reduction of behavioural disturbances by pain treatment in nursing home patients with dementia: A cluster randomized clinical trial of efficacy. *BMJ* accepted for publication. 2011.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of MOBID-2 Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010;24(2): 380–391.
- Husebo BS. Assessment of pain in patients with dementia. Ph.d.-avhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2008.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Caring Sci*. 2009 Mar; 23(1): 180–9.
- Husebo BS. Pain assessment in dementia. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Oct 8;129 (19): 1996–8.