



Joanna Galek, høyskolelektor, institutt for sykepleie, Høgskolen i Sogn og Fjordane HISF.



Marianne Gjertsen, høyskolelektor, studieansvarlig videreutdanning i Lindrande behandling, pleie og omsorg Høgskolen i Sogn og Fjordane HISF og stipendiat HISF og Universitetet i Oslo.

# Får bedre smertebehandling

Kartleggingsverktøy kan avdekke smerter hos personer med demens som kan ha problemer med å uttrykke seg.

I 2004 var det rundt 65 000 personer med diagnosen demens i Norge, og andelen vil fordobles frem mot år 2040. 50–80 prosent av pasientene innlagt i sykehjem har en demens sykdom (1-4). Personer med demens dør som oftest ikke av demenssykdommen, men av andre sykdommer som kreft, hjertesvikt, nyresvikt eller KOLS. Noen dør av komplikasjoner fra demens, for eksempel brudd, svelgvansker, fall, infeksjoner eller trykksår (5). Mange av disse tilstandene har smerter som en del av symptombildet (6, 7).

## Sykepleiers oppgave

Undersøkelser viser at demente ofte er underbehandlet for smerte (1, 2, 7-13). Årsaker til dette kan være utilstrekkelig smertekartlegging eller manglende bevissthet på at demente kan ha vondt (12). Smertelindring hos demente avhenger av at andre vurderer deres smerteytringer og handler i forhold til det (1, 14). Det er sykepleierens oppgave å identifisere smertetilstander, iverksette aktuell behandling og vurdere effekten (15). Det tilsier at sykepleier må ha gode kunnskaper om demens, smerte, smertekartlegging og -behandling. Ifølge en norsk studie er det bare 18–32 prosent sykepleiere som vurderer sin kunnskap om smerte til å være svært bra eller ganske bra (15).

Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg (8, 16). Der er utarbeidet en rekke verktøy til kartlegging av smerter hos demente (1, 13, 14, 17). Noen av disse er oversatt og prøvd ut i sykehjem i Norge (2, 12, 13). I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvorfor systematisk kartlegging av smerter hos demente kan være nyttig, og beskrive de kartleggingsverktøy som er prøvd ut i norske sykehjem.

## Litteratursøk

Ved søk i databasene Academic Search Premier, Medline og Chinale finner man en del artikler som handler om kartlegging av smerte hos demente pasienter. Vi har begrenset søket til kartleggingsverktøy som er oversatt og utprøvd i norske sykehjem. Ved første søk i mars 2009 brukte vi søkeordene: Nursing home, Dementia, Pain, Pain diagnosis. Når vi søkte høsten 2010 inkluderte vi søkeordet Instrument validation.

## Hva er demens?

Demens er en sykdom som innebærer kognitiv svikt og eventuelt atferdsmessige og psykiske forandringer. Sykdomsforløpet fra mild til alvorlig demens kan hos noen være kort og intens, hos andre strekker det seg over inntil 20 år. Ved mild demens er personen glemsk, har vansker med å følge klokke, avtaler og kalender. Det kan være vanskelig å komme på ord, og setningene har gjerne lite

flyt. Ved moderat demens blir hukommelsen dårligere. Personen får vansker med å danne seg et klart bilde av omgivelsene, noe som kan gjøre tilværelsen kaotisk. Kommunikasjon blir vanskelig, og opplevelsen av å miste flere og flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne. Ved alvorlig demens kan pasienten kun huske bruddstykker fra sitt tidligere liv, klarer ikke orientere seg om tid, sted og situasjon og forstår ikke hva andre sier (3). Kommunikasjonen er svært begrenset, og det er usikkert om pasienten kan tolke sanseintrykk (3, 8).

## Smerte hos demente

Smerte er en subjektiv opplevelse, og bare personen selv kan si om han har vondt (15, 16). Smertesansen vår er livsviktig og beskytter kroppen mot skade (15). Smerte etter en skade fører til at det skadede området holdes i ro og dermed leges. Varig smerte har imidlertid flere negative konsekvenser, som inaktivitet, funksjonssvikt, isolasjon og depresjon.

Demente har i sen fase dårlig evne til å uttrykke sine behov (3, 6, 12, 14), noe som medfører at de i liten grad kan beskrive smerteopplevelse (1, 2, 8, 10). En undersøkelse av Nygaard (1) fant at en av tre personer med alvorlig mental svikt kan formidle smerteintrykk. Demens påvirker også muligens evnen til å tolke sanseintrykk (3, 10), noe som kan føre til endret smerteopplevelse (2). Ifølge Husebø (10, 14) viser noen studier at pasienter med demens uttrykker mindre smerte (13). Husebø (10) finner i egen studie at pasienter med alvorlig demens har mer vondt enn kognitivt klare personer.

## Smerteindikator

Når demente ikke klarer å formidle smerte verbalt må de gi uttrykk for sine plager på andre måter, noe som gjerne viser seg i endret atferd (6, 8). Som sykepleiere er vi vant til å spørre om smerte, og eventuelt vurdere ansiktsuttrykk. Observasjon av annen type atferd som tegn på smerte er vi mindre vant med, dette må læres (2). Songe-Møller (2) gir i sin artikkel denne inndelingen i atferdsbaserte smerteindikatorer; ansiktsuttrykk (pannerynking, trist eller skremt, rask blinking), verbale uttrykk (støyende pusting, messing/synging, utrop, banning, bruk av «grove» ord), bevegelse (uro, vimsing, agitasjon, økt vandring, vugging, endret ganglag eller holdning), endring i interpersonell aktivitet (motsetter seg pleie, har forstyrrende/voldelig atferd, tilbaketrekking), endring i aktivitetsmønster (neker å spise, hviler lenger enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner eller aktiviteter) og endring i mental status (økt forvirring, irritabilitet, gråt). Alle tegn som kan tyde på at pasienter med kommunikasjonssvikt har ubehag bør tas på alvor (2, 8).

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Demens
- ▶ Smerte
- ▶ Sykehjem
- ▶ Litteraturstudie





### Begrensninger

Atferd sier lite om smerteintensitet, lokalisasjon og karakteristika. Smerteskår hos demente må derfor alltid følges opp med videre utredning. Kunnskap om pasientens grunnlidelser er viktig og kan gi oss en pekepinn om type smerte, lokalisasjon og hvilket medikament som er egnet (16). Kartlegging av smerteatferd har sine begrensninger fordi det er lett å tolke atferd feil (9, 12). Typisk smerteatferd er samtidig symptom på demens, og ved langtkommen demens avtar

ansiktsmimikk og øyekontakt, noe som ytterligere vanskeliggjør smertekartlegging (13). Den enkelte pasient har sitt unike smertetrykk, forskjellig fra alle andres (7, 15). Personer med demens er derfor avhengig av kjente omsorgspersoner, som kjenner deres normale atferd og dermed reagerer på endring (1, 2, 6, 7, 14).

### Kartleggingsverktøy

Systematisk kartlegging med standardiserte verktøy bidrar til

**UNDERBEHANDLET?:** Personer med demens er ikke alltid i stand til å kommunisere sin smerteopplevelse. Illustrasjonsfoto: Scanpix



konsekvent registrering, avdekking av smerteproblem og god kommunikasjon om smerte og smertelindring mellom sykepleier og lege. Skjemaene bidrar til økt bevissthet på smerteproblematikk hos demente (2, 8, 18). I sykehjem i USA er det obligatorisk å registrere forskjellige pasientopplysninger, deriblant smerte, regelmessig (8).

Smerte er et subjektivt fenomen, derfor er selvrapporing mest hensiktsmessig. Pasienter med lettere grad av demens er i stand til å bruke selvrapporingsskjema, og dette bør man prøve ut (2, 11, 16). Det finnes enkle smerteregistreringsskalaer for selvrapporing av smerteintensitet deriblant numerisk rangeringsskala

## Systematisk kartlegging øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen.

(NRS), verbal skala (VRS), visuell analog skala (VAS) og ansiktsskala. Ved NRS skal pasienten vurdere smerte fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelig smerte). Ved VAS skal pasienten sette kryss på en ti centimeter lang linje hvor 0 betyr ingen smerte og 10 verst tenkelig smerte. Ansiktsskala består av ulike ansikter med forskjellig uttrykk, fra smilefjes til gråtende og lidende ansikt, og pasienten peker på det ansiktet som best beskriver hans eller hennes situasjon (15). En studie av Closs m.fl. i Rustøen (18) viser at hos pasienter med alvorlig demens klarer bare 7 prosent å bruke visuell analog skala, 21–25 prosent farge, ansikt og numerisk skala og 36 prosent klarer å bruke verbal skala. Oppsummert sier studien at det er viktig å spørre konkret om smerte «her og nå», gjenta om nødvendig og gi adekvat tid til å svare. Hvis en eldre pasient ikke klarer en type smertekartleggingsverktøy bør man prøve et annet (18).

Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er anbefalt til bruk hos personer med alvorlig demens (2, 8, 10-12). Vi har funnet tre kartleggingsverktøy oversatt til norsk og utprøvd i norske sykehjem. Forskning viser at skjemaene er anvendbare i klinisk praksis, men at de trenger videre utprøving (2, 9, 12, 17).

### CNPI

CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) er utarbeidet på bakgrunn av studier av atferd som kan indikere smerte hos demente (2, 8). Skjemaet har seks atferdsbaserte smerteindikatorer. Listen omfatter verbale klager og ikke-verbale uttrykk, ansiktsgrimaser, klamring, uro, massering eller gniing av det affiserte området og høylutte klager eller verbale uttrykk. På hver av de seks punktene på listen skåres 1 for observert eller 0 for ikke observert. Smerteatferd skal kartlegges i ro og i bevegelse (18). Skjemaet er enkelt og kort, og vurdert som akseptabelt til bruk i norske sykehjem. Hele personalgruppen kan bruke skjemaet (2, 8). Skjemaet har en god instruks for bruk, men mangler instruks for hvordan resultatene

skal tolkes, og dermed anvendes i klinisk praksis (2). Ifølge Rustøen mangler skjemaet noen mindre vanlige typer smerteatferd som forandring i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling (18).

### MOBID

Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID) er et kartleggingsverktøy sykepleier kan bruke ved morgenstellet. Verktøyet er utarbeidet av norske forskere, og utgangspunktet er at mennesker som får vondt lager lyd, skjærer ansiktsgrimaser og beskytter seg. Sykepleier skal observere ansiktsuttrykk når hun guider pasienten gjennom bevegelser som bøy og strekk av hender og føtter, snu pasienten til sidene og sette seg opp i sengen. Sykepleier skal samtidig vurdere smerteintensitet fra 0 til 10. Smerte fører vanligvis til at man unngår bevegelse og immobiliserer den vunde kroppsdel, derfor er MOBID-Pain Scale utviklet for å teste smerte i bevegelse. Skjemaet egner seg best til kartlegging av muskel- og skjelettrelaterte smerter, fordi dette er smerter som ofte utløses ved bevegelse (10). Skjemaet er testet ut i en studie der man fant at det var nyttig å bruke dette instrumentet til smertevurdering, særlig med tanke på smerteintensitet (13).

### Doloplus-2

Utgangspunktet for Doloplus-2 var et skjema for kartlegging av smerte hos barn, som ble videreutviklet til å kartlegge smerte hos eldre med kognitiv svekkelse. Skjemaet består av ti punkter som er gruppert i tre områder; somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer. Somatiske plager observeres via ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykomotoriske endringer observeres via nedsatt funksjon i stell og forflytning. Psykososiale reaksjoner observeres via atferdsproblemer og endringer i kommunikasjon og sosialt liv. Observatøren skårer fra 0 til 3 på de punktene som er relevante for den enkelte pasient, total skår kan da være fra 0–30. Skår over 5 indikerer smerte som bør utredes videre (2, 16). Kartleggingsverktøyet er validert, og vurdert til brukbart i klinisk praksis (12).

### Oppsummering

Smerteproblematikk er vanlig hos eldre (1, 6) og artikkelen viser at smertekartlegging og lindring er vanskelig når pasienten er dement. Helsetjenesten skal ha fokus på kvalitet, og alle har rett til å få lindret smertene sine. Dermed er kartlegging av smerter hos demente et viktig satsingsområde i norske sykehjem. Systematisk kartlegging øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen. Gjennom utprøving og erfaring vil personalet få økt kompetanse i smertelindring for demente, som vil sikre demente et verdig liv og en bedre livsavslutning. Men kartleggingsverktøy gir ikke en enkel løsning på et mulig smerteproblem. Det er viktig at pasienten utredes videre hvis et smerteproblem avdekkes (8, 11). ■■■

### LITTERATUR

- Nygaard HA, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;10: 1349–51.
- Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen JC, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;13-14: 1838–40.
- Kirkevoid M, Brodtkorb K, Ranhoff HA. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.
- Husebø BS, Husebø S. De gamles siste timer og dager – II. Medikamentell behandling av plagsomme symptom. *Omsorg*. 1998; 2(3): 62–68.
- Beck-Fris B. Demens urett palliativt perspektiv. *Nordisk geriatrik* 2008; 6: 12.
- Husebø BS, Husebø S. Får personer med demens smertelindring når de behøver det? *Demens* 2000; 4.
- Jordan A. Extending palliative care to patients with dementia. *British Journal of Hospital Medicine* 2010;71(1): 31–35.
- Nygaard HA, Jarland M. Vurdering av smerteproblemer hos personer med demens. *Demens* 2004; 8(4).
- Nygaard HA, Jarland M. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age & Ageing* 2006; 35(1): 79–81.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who Suffers Most? dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *JAMDA* 2008;9(6): 427–33.
- Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Crane MH, Snow L. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2007;44(2): 315–30.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med* 2005;19: 411–17.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø 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;23: 1–10.
- Husebø BS. Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009;129: 1996–98.
- Aambø A. Smerter. Smerteopplevelse og atferd. Oslo: Cappelen Forlag AS, 2007.
- Kaasa S. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010;24: 380–91.
- Rustøen T, Wahl KA. Ulike tekster om smerter. Fra nocicepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.