

# Smertevurdering ved kognitiv svikt

Har pasienten vondt? Det finnes kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos mennesker med moderat til alvorlig demens.



Av Reidun Karin Sandvik, høyskolelektor ved Høyskolen i Bergen

**D**en eldre mannen lå med vidåpne, stirrende øyne og så på meg hver gang jeg var ved sengen hans. Jeg hadde ansvaret for ham en nattevakt for noen somre siden. Han hadde noen velformulerte setninger, men de gav ofte lite mening i situasjonen. Kognitiv status var vurdert ved innkomst til avdelingen, og han hadde fått diagnosen demens. Pasientens nedsatte evne til verbal kommunikasjon kompliserte behandlingen av ham. Ut fra legens notater i pasientens journal, og min egen datasamling, var det naturlig å tenke at han hadde smerter i ryggen. En av årsakene til det var at han etter en operasjon samme dag hadde fått restriksjoner i forhold til mobilisering. Han kunne ikke stå opp, og måtte ligge ganske flatt i sengen. Ut fra min kartlegging vurderte jeg det slik at smertene hans ikke var tilstrekkelig lindret, og at han hadde behov for økt dose smertestillende. Jeg satte i verk flere tiltak. Blant annet sjekket jeg at urinkateteret ikke lå i spenn, la ham godt til rette i sengen, slettet lakenet under ham og fuktet munnen hans. Likevel fant pasienten ikke ro, og sovnet heller ikke. Han var motorisk urolig, slo i sengegerdet og roterte i sengen. Han kom også med en del verbale utbrudd, men sa aldri noe direkte. Først og fremst virket øynene hans bedende, og på bakgrunn av mine observasjoner ble det ordinert morfin fra legen over telefon. Denne ordinasjonen ønsket jeg å administrere til pasienten så raskt jeg kunne. Jeg trakk opp medikamentet, og bad om dobbeltsignatur på medikamentdosen. Jeg forklarte atferdstegnene jeg hadde observert. Likevel ønsket ikke min kollega å signere

og godkjenne at dette ble gitt. Hun mente at pasienten hadde for høy alder til å tåle morfin, pasienten sa ikke direkte at det var smertefullt, og til sist fordi han hadde normalt blodtrykk og puls. Spørsmålet reiste seg da helt konkret, hvordan kan jeg vurdere smerter hos dem som selv ikke kan uttrykke seg verbalt, altså non-verbale pasienter?

Møtet med denne pasienten førte til at jeg siden har jobbet med smertekartleggingsverktøy for non-verbale pasienter generelt, og smertekartlegging av pasienter med demens spesielt. I denne artikkelen vil jeg beskrive kartleggingsverktøy til bruk for mennesker med moderat til alvorlig demens.

Ifølge Helsedepartementet lider 71 000 personer i Norge av demens. Det er forventet en økning til 140 000 personer innen 2040. Antallet sykehjemsplasser i 2008 var 39 900. 80,5 prosent av disse beboerne har diagnosen moderat til alvorlig demens (Kirkevold & Engedal, 2009). Det vil si at hovedårsaken til innleggelse i sykehjem er demenssykdom (Romoren, 1997). Svært gledelig er det å se at kommunene øker antallet senger for palliativ behandling på sykehjem. Hovedårsaken til innleggelse i denne sammenheng er smerter. Problemstillingen med smerter og kartlegging av disse er et sentralt tema i sykehjem i dag, og vil være det i økende grad i tiden fremover. I nær fremtid kan vi se for oss at pasienter i palliativ fase som i dag får et tilbud på sykehus, vil få et tilbud på sykehjem. Dette krever systematisk kompetanseheving i kommunene innen palliasjon. Men på noe lengre sikt er det jo klart ønskelig at palliativ omsorg og kompetanse tilfaller sykehjemspasienten



**LIDER I STILLHET:** Mange mennesker med demens kan ikke forklare smerten de føler med ord, men de viser det ubevisst med kroppsspråket.

i økende grad. Uansett står kartlegging av smerter hos dem som er demente sentralt i dette arbeidet.

### Demens og smerter

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjerne sykdommer som er varig og progredierende. Tilstanden opptrer fortrinnsvis i høy alder, og medfører symptomer som svikt i hukommelse, handlingsevne, språkfunksjon, og endring av personlighet og atferd. Demens er en tilstand som medfører redusert egenomsorgsevne (Hyldmo 2000).

Symptomene avhenger av årsaken til demens, og av hvor stor del av hjernen som blir affisert. Omlag 60 prosent av demenstilfellene har sin årsak i hjerneorganisk demens som Alzheimers demens. Dette er en degenerasjon av hjernens celler, celler som følgelig dør. Forløpet er progredierende gradvis i jevnt tempo der hjernen mister funksjoner og

konsekvenser er hjerneatrofi. En annen årsak er vaskulær demens, som omfatter cirka 10-20 prosent av tilfellene. Vaskulær demens skyldes sykdommer i blodårene, sykdommer i små kar eller tromboemboliske infarkter. Utviklingen kan være mer som trappeteg nedover til forskjell fra degenerativ type, et nytt infarkt eller emboli som kan forårsake en mer brå negativ utvikling. (Chui et al., 1992). I tillegg ser vi hjerneskade etter traumer og etter hjer-testans med redusert oksygen til hjernen. Relatert til kreftsykdom og palliativ behandling, kan primær tumor cerebri eller metastaser til hjernen gi en varig nedsatt hukommelse, og dermed defineres inn som demens (Hyldmo 2000).

Konsekvensene for pasienten blir mye det samme uavhengig av årsak til demens, siden både språkfunksjon, hukommelse og handlingsevne blir redusert.



Foto: Colourbox

**OBSERVER:** Se og lytt etter tegn på smerte når du er i kontakt med pasienten.

Knyttet opp mot temaet smerter ser vi at evnen til å uttrykke egne behov er redusert. De fleste med moderat til alvorlig demens klager mindre over smerte. Mens en del gjerne repeterer «au» eller «huff» uansett hvilke stimuli som kommer eller handling de utfører. Uansett er deres evne til å rapportere egen smerte nedsatt. Selvrappotering av smerter krever hukommelse av smerter og språk til å kunne formidle denne opplevelsen. Det er også nødvendig å kunne tenke abstrakt. Alt dette er redusert ved moderat demens (Buffum et al., 2007). Ser vi på testverktøy for kognitiv funksjon som Mini Mental Status (MMS) vil hukommelse, evnen til å formidle opplevelse, og abstrakt tenkning være redusert ved score på 20 av 30 mulige poeng. Score fra 24-30 poeng regnes som normalt, 20 -23 poeng betegnes som mild demens. Score under 20 poeng betegnes som moderat, et score fra 15 og lavere beskriver en alvorlig demens.

Denne gruppen har ingen «second gain» for å nå økt oppmerksomhet dersom de uttrykker smerter eller ubehag. Utrykker mennesker med demenssykdom smerter, er dette smerter og må følges opp. Å utnytte smerter som påskudd for å oppnå noe annet, krever høyere kognitiv funksjon enn det som er tilfelle ved moderat demens. Beklageligvis ser vi at pasienter uten kognitiv svikt får tre ganger mer analgetika enn pasienter med demenssykdom (Cohen-Mansfield & Werner, 1998). Ved kartlegging ser vi at de som har blandingsdemens, Alzheimers demens og vaskulær demens, viser høyere smertescore, har flere smertediagnoser, men mottar mindre smertestillende enn andre grupper demente (Husebo et al., 2008).

### Smerte og smertekartlegging

Smerte er en kompleks opplevelse det lønner seg å søke inngående kunnskap om. For denne artikkelen er det ønskelig å gi en referanseramme for bedre å forstå kartleggingsprosessen.

Det internasjonale smerteforbundet (IASP) har definert smerte som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevs skade, eller beskrevet som slik skade» (Bogduk 1994).

Smerte er her definert som en opplevelse, noe som videre må være knyttet til et individ. Det er en person som kan gi en beskrivelse av sin opplevelse. Videre beskriver denne personen smerte enten knyttet til faktisk vevsskade, som en avkappet fot, risp i en finger eller artrose. Eller også potensiell skade som i redsel for å ha ødelagt ryggen. Den siste delen av definisjonen er mest interessant. For her definerer vi også inn det denne personen opplever som en slik skade. Definisjonen åpner både for å definere inn hjertesorg, tapsopplevelse og annet som ikke kan sees på en røntgenundersøkelse, inn i begrepet smerte. Dette har faktisk også sin løsning i annet enn medisiner og operasjoner (McCaffery, 1994).

Smarter deles videre inn i mange undergrupper, ut fra årsaker, konsekvenser og kvaliteter. Det er akutte smerter versus kroniske smerter, perifere smerter versus sentrale smerter, og nevropatisk smerter. Denne inndelingen er relevant for legen å ta stilling til med tanke på behandling. For oss sykepleiere blir konsekvensen at vi må kartlegge pasientens smerter nøyaktig og systematisk for å sette legen i stand til å vurdere pasientens smerter og ta gode valg i smertebehandlingen.

Smerteforskningen har «reist langt», og gjennom mange perspektiv før den er kommet der den er i dag. Den franske filosofen Decartes (1596-1650) beskrev smerte som et fenomen knyttet til både kropp og sjel (hjernen). Han holdt dem riktignok adskilt, men beskrev smerte som noe mer enn fysisk vevsskade for første gang, og er blitt hetende spesifisitetsteorien. Deretter har det vært flere teorierammer. Melzack & Wall (1965) kom med sin portkontrollteori der de forklarer mer komplekse sammenhenger. Melzack gikk videre i sin teroieramme og beskrev neuromatrix-teorien (Melzack, 1999), som er bakteppet til det vi i dag kaller for den bio-psyko-sosiale smertemodell. I vår medisinske forståelse har vi i dag i tillegg til fysiske årsaker til smerte, som sykdomsårsaker og annen vevsskade, også sosiale forhold og psykologiske faktorer. Dette

gjør at vi trekker inn faktorer som for eksempel alder, kjønn, boligforhold, støtte fra våre omgivelser, utdanning, modenhet, angst og atferdsmønster i vurderingen av en person sin smerteintensitet.

Dette er et kort beskrevet rammeverk til å henge den praktiske smertekartleggingen på. Når vi skal vurdere en person sin smerte går vi til primærkilden, som er pasienten selv, men også til sekundærkilder som pasientens journal, familie eller andre som er i nær relasjon til pasienten.

Faktorer vi alltid må ha med i vurderingen er lokalisasjoner, og med det menes alle lokalisasjoner. For å illustrere et eksempel: Det må ikke kun tas hensyn til smerten som er lokalisert til magen ved cancer coli, som pasienten skal opereres for, eller som er i utvikling etter avsluttet behandling. Med i vurderingen må også tas tidligere sykehistorie, som for eksempel prolapsene pasienten hadde for tre år siden, og meniskskaden som alltid har vært der. Dette vil kunne få praktiske konsekvenser i forhold til å finne et godt sengeleie, og må gjerne tas hensyn til ved forflytning.

Deretter må vi få med hvor intens smerten er på hver av lokalisasjonene. Det gjelder intensiteten både i ro og ved bevegelse. Det er nyttig å bruke en numerisk rating skala (NRS). Her kan vi spørre pasienten selv hvor vondt det gjør på en skala fra 0, ingen smerte, til 10, verst tenkelig smerte. I tillegg er det vesentlig å spørre om kvaliteten på smerten. Er det noe som kniver i ryggen, er det nærliggende å tenke på nerver som kan være affisert. Det er da snakk om nevropatiske smerter. Videre er det nyttig å registrere pasientens atferd. Vi kan se for oss den eldre damen som har brukket armen, men som ikke vil bry personalet med sine smerter. Når hun blir spurt vil hun ikke bekrefte at hun har smerter. Men når hun blir observert under dagliglivets aktiviteter har hun grimaser, sier «huff a meg» og unngår å bruke armen.

I tillegg er det i vårt bio-psyko-sosiale perspektiv viktig å kartlegge alder, kjønn, utdanning, bolig-situasjon, økonomiske situasjon, sivilstatus, sykehistorie og historie i forhold til valg, som gir en pekepinn for atferdsmønstre. Vi kan se for oss to damer som begge har fått diagnostisert osteoporose. De er i samme alder, og med samme fysiske konsekvenser som følge av osteoporose. Fru Nilsen er gift og har god støtte hjemme av sin ektemann. Han forventer at hun arbeider så mye hun orker, og hun har mange venninner hun drikker formiddagskaffe med de dagene hun ikke arbeider. Arbeidet er godt

tilrettelagt, og hun har inngått gode avtaler med sin arbeidsgiver. Det er dessuten den samme legen, samme ektefellen og samme arbeidsgiver som har fulgt henne gjennom flere stadier i livet og sykdommen. Hennes opplevelse og emosjonelle forhold til sin smerteintensitet vil sannsynligvis være annerledes enn hos fru Hansen. Fru Hansen har aldri hatt en fast arbeidsgiver. Hun har vært gift tre ganger, og har flyttet fra by til by. Hun har opplevd mer enn fru Nilsen har, og er glad for sine år på «loffen» i India. Men når hun nå er hjemme i sin leilighet alene etter den tredje skilsmissen, så har hun få som besøker henne og mange praktiske utfordringer i hverdagen. Utfordringer som fru Nilsen ikke har. Det er klart fru Hansen kan ha en annen emosjonell opplevelse av sin sykdom.

Å kjenne til pasientens livshistorie, gir muligheter for å iverksette individuelle tiltak, og kople inn annet helsepersonell, sosionom, ergoterapeut og hjemmesykepleie i tillegg til de rent farmakologiske stegene.

#### **Atferd knyttet til smerte**

Ferrell (1995) viser i sin studie at 83 prosent av sykehjemsbeboerne lider av smerter, som igjen fører til inaktivitet, depresjon og redusert livskvalitet. Pasienter med demenssykdom eller sykehjemsbeboere klager mindre over smerter. Men betyr dette at de har mindre smerteplager enn andre?

Ved økende alder er det en del sannsynlige smerteplager som manifesterer seg. Hyppigst er smerter

## **Smerteatferd kan ligne på demensatferd, og nødvendiggjør en systematisk kartlegging.**

fra muskel og skjelett som artrose, gamle frakturer og smerter i nedre del av ryggen. Deretter følger angina pectoris, neuropati etter slag og perifere nevropatier som ved sequele ved diabetes (Miro et al., 2007 ; Thomas et al., 2004). Smertelokalisasjoner som er hyppigst funnet hos eldre er hender, knær, fotblad, ankel og rygg (Hadjistavropoulos et al., 2007). Relatert til palliativ behandling, vil dette influere på de fleste av dagliglivets funksjoner (ADL), og de tilrettelegginger vi gjør for pasientene. Både i forhold til å finne et godt leie, og

ved bevegelse. Det er verd å merke seg at få artikler nevner tann og munnhule, men dette er et viktig fokus for eldre (Cohen-Mansfield & Lipson, 2002). Innen palliativ omsorg er sopp i munnhulen eller senskader etter stråling og cellegift noe som gjør munnslimhinner, tannkjøtt og øvrige slimhinner til et aktuelt fokus.

For å svare på eget spørsmål ovenfor: «Betyr dette at de har mindre smertelager enn andre?», er svaret at pasienter med demens ikke har mindre smerter enn andre i samme situasjon, men redusert evne til å uttrykke seg, som beskrevet innledningsvis i artikkelen. Et viktig fokus og mål i et palliativt perspektiv, er å opprettholde pasientens funksjon, fysisk og psykisk. Pasienter med demenssykdom er ikke i stand til å ivareta sitt funksjonsområde. Dette er viktig å huske i omsorgen for pasienter som har demenssykdom i tillegg til kreftsykdom.

Smerteatferd kan ligne på demensatferd, og nødvendiggjør en systematisk kartlegging. En slik kartlegging eller evaluering av smerte må gjøres av en sykepleier på vegne av pasienten. Dette kalles proxy-rating. For å kunne skille angst, smerte, repeterende vokaliseringer og atferdsmønstre fra hverandre må kartleggingen gjøres av en person (proxy) med kunnskap om smerter og demens, og som også kjenner personen den skal vurdere smerter på vegne av.

I den forskningen som foreligger er det stor variasjon i hvilke begreper som blir brukt. Den samme atferden kan beskrives med flere forskjellige ord. Resultatene blir litt vanskelige å få oversikt over i forhold til hvilken atferd som beskriver smerte hos pasienter med demens. Det er også stor variasjon i studiene med tanke på kvalitet og omfang. Men når vi sammenfatter dette litt, finner vi følgende grupper av atferd vi bør være oppmerksomme på ved kartlegging av demente. Det er ansiktsuttrykk (AGS Panel 2002), kroppsspråk (Hadjistavropoulos et al., 2007), verbale klager/språk (AGS Panel 2002) og agitasjon (Hadjistavropoulos et al., 2007).

### **Smertekartleggingsverktøy**

Skal vi forstå hva smerte er og i en kartlegging få med oss alt som er nødvendig for å kunne kartlegge smerte på vegne av andre, er et kartleggingsverktøy essensielt. Det verktøyet vi bruker må være tilpasset gruppen vi skal bruke dette i forhold til. Det er mange statistiske forutsetninger som er nødvendig for at et verktøy kan brukes. Dette blir for avansert å

beskrive her, men det er vesentlig at et verktøy måler hva det er ment å måle (validitet), og om de kan måle det samme over tid (reliabilitet). Så langt er det over 35 verktøy som er utviklet. Kun tre, CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 har vært testet og finnes for klinisk bruk på norsk. Av disse tre er det MOBID-2 som med best sikkerhet kan vise til å måle smerte og som inkluderer flest aspekter ved smerte. Dette er også det mest anvendelige i klinisk praksis slik verktøyet fremstår i dag.

I tillegg til validitet og reliabilitet er det også flere aspekter vi må vurdere når vi skal velge et verktøy for å vurdere smerte hos pasienter med demens. Det er vesentlig at smerter fra muskel- og skjelettsystem blir vurdert under bevegelse. Årsaken til det er at vi automatisk vil holde den vonde foten i ro, eller unngå å bøye oss dersom det er magen som er vond. Når personen ikke selv kan forklare smertelokalisasjonen(e), blir bevegelse vesentlig. Det er også viktig at et verktøy kan inkludere alle smertelokalisasjoner en pasient har, fremfor å fokusere på ett og ett. Noen verktøy skiller ikke mellom smerteatferd og demensatferd. Det gjelder verktøy hvor hvem som helst kan gjøre en kartlegging, uten å kjenne pasienten sin vanlige atferd.

En del verktøy har basis i instrumenter tilpasset spedbarn. Slike verktøy tar ikke hensyn til at demente er voksne mennesker med en voksen kognisjon og mye erfaring, men som ikke lenger kan nyttiggjøre seg egen kunnskap og erfaring i samme grad som før. Likevel vil en del beskrivende ord og handlinger være annerledes enn det som er tilfelle hos barn.

Noen verktøy har svært mange aspekter ved seg, noe som øker faren for at det kan være for eksempel angst og ikke smerte som blir vurdert. Videre baserer noen verktøy sine score på sykepleieren sin hukommelse den siste uken, og vi vet jo selv hvor nøyaktig vi husker atferden til den enkelte pasienten vår etter at en ny uke er over.

Skal vi dra dette litt sammen ser vi etter et instrument som har dette som er beskrevet over, og som er testet på norsk. Det verktøyet som i best grad kan gi oss dette er MOBID-2. Dette verktøyet er beskrevet godt i flere artikler (Husebo et al., 2007 ; Husebo et al., 2008 ; Husebo et al., 2009 ; 2010), også en artikkel på norsk (Husebo, 2009).

MOBID-2 har to sider. Side 1 registrerer smerteatferd og smerteintensitet mens pasienten blir ledet gjennom fem øvelser: 1) åpne begge hender, 2) å strekke armene mot hodet, 3) bøye og strekke

ankler, knær og hofte, 4) snu seg i sengen, 5) sette seg opp på sengekanten. Den som utfører kartleggingen vurderer også pasientens respons fortløpende. Etter hver bevegelse krysses det av for smerte relatert atferd som: Lyder, «au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker. Ansiktsuttrykk, lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene. Avvergereaksjon, stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg. Mobiliseringen avsluttes umiddelbart dersom man observerer atferd som kan være forbundet med smerte. Atferden registreres og tolkes av sykepleier ved hjelp av en NRS-skala.

Del 2 inkluderer instrumentet også smerteatferd antatt relatert til 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. En kroppsskisse gjør det lettere å holde fokus på alle lokalisasjoner for den enkelte pasient. For hvert fokus blir NRS-skalaen igjen brukt for å gi en intensitet for hver lokalisasjon. Når alle elementer, 1–10, er skåret, gis avslutningsvis en helhetlig vurdering av pasientens smerte, igjen på smerteintensitetsskalaen.

Før MOBID-2 smerteskala tas i bruk, anbefales det å gjennomføre et standardisert opplæringsprogram for pleiepersonalet. Her rettes det fokus mot ulike diagnoser og stadier av demens, smerte relatert til muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hud og hode, smerteatferd og bruk av smerteintensitetsskala.

Basert på forskning viser MOBID-2 smerteskala seg som et bedre smertekartleggingsverktøy enn andre lignende instrumenter. Som sykepleier er jeg i tillegg til at instrumentet måler hva det skal, også opptatt av å få integrert dette naturlig i min hverdag. Det er mitt ønske at andre skal få samme hjelp til å bli systematisk i kartlegging av smerter hos demente som jeg har fått.

En episode jeg husker godt, er fra et sykehjem: En travel pleier skulle ta meg med i stell. Formålet var egentlig at hun skulle lære å bruke MOBID-2 smerteskala. Hun opplevde ikke på noe vis at dette var viktig på forhånd og formidlet dette tydelig både verbalt, med sukk og like tydelig non-verbalt. Med favnen full av vaskefat, kluter, litt medisiner og med en stellefrakk over skulderen skred vi til verks. Først ble jeg satt inn i rutine som var vanlig å bruke hos denne damen. Jeg skulle gjøre øvelsene som vises på første del av MOBID-2 smerteskala, og hun skulle observere pasienten sin atferd. Pasienten var veldig rigid i muskulaturen og gav tydelig grimaser. Denne pasienten hadde så langt fremskredet demens at

**MOBID-2 smerteskala**  
MOBILIZATION – OBSERVATION – BEHAVIOR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Anndeling: \_\_\_\_\_

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, led og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forsiktig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Følg et skjemat uttrykksatferd eller hode bevegelse.

**Smerteatferd**

Se på alle flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

SETT ØRNE ALERE KRYSS I RUTEN FOR ENDEL OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Led til å strekke armerne mot hodet    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Led til å bøye og strekke armer, knær og hofteled    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Led til å sette seg opp på sengekanten    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Smerteintensitet**

Basert på observert smerteatferd: talk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SMERTELYD:  ANSIKTSUTTRYKK:  AVVERGEREAKSJON:

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bilde utarbeidet av dr. med. og psykiater, professor, Arvid Carlsson

hun ikke lenger hadde språk, men hun kunne ynke seg. Ved å bruke MOBID-2 ble sykepleieren gjort oppmerksom på atferd som kan indikere smerte. Hun valgte derfor å avbryte stellet for å gi smertestilende før vi fortsatte. Situasjonen endret seg fra et fokus på arbeidsoppgaver, til et fokus på pasienten.

Dette og lignende situasjoner har jeg opplevd flere ganger. Vi blir gjort oppmerksomme og også sensitive på hva atferd kan bety eller indikere. Et annet aspekt som jo er grunnlaget. Ved å bruke MOBID-2 får vi en smerteintensitet, den kan vi vurdere vår egen smertebehandling ut fra.

For meg blir konklusjonen at systematisk vurdering av smerte er mangelfull, men avgjørende for alle pasienter og sykepleiere. Så lenge vi ikke har gode nok verktøy er det vanskelig å lage slike rutiner. Heldigvis finnes gode verktøy for de fleste pasientgrupper, nå også for pasienter med moderat til alvorlig demens.

Les mer om MOBID-2 i Sykepleien nr. 11. ■

**SMERTESKALA:** I skjemaet MOBID-2 smerteskala, skal sykepleieren blant annet krysse av for om pasienten har gitt uttrykk for smerter.

Referanser

1. AGS Panel. 2002. New AGS Guideline for Management of Persistent Pain: Description and Critique of American Geriatrics Society (AGS) Guideline. Available at: [http://www.medscape.com/viewarticle/437463\\_3](http://www.medscape.com/viewarticle/437463_3) [Aksessert September 17, 2010].
2. Buffum, M. D., Hutt, E., Chang, V. T., Craine, M. H. & Snow, A. L. (2007) Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *Journal of rehabilitation research and development*, 44 (2), s. 315-30.
3. Bogduk, H.M., 1994. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage Classification of Chronic Pain Second Edition., Seattle: IASP press.
4. Chui, H. C., Victoroff, J. I., Margolin, D., Jagust, W., Shankle, R. & Katzman, R. (1992) Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. *Neurology*, 42 (3 Pt 1), s. 473-80.
5. Cohen-Mansfield, J. & Lipson, S. (2002) The underdetection of pain of dental etiology in persons with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 17 (4), s. 249-53.
6. Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998) Longitudinal changes in behavioral problems in old age: a study in an adult day care population. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 53 (1), s. M65-71.
7. Ferrell, B. R. (1995) The impact of pain on quality of life. A decade of research. *The Nursing clinics of North America*, 30 (4), s. 609-24.
8. Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., Jackson, K., Parmelee, P. A., Rudy, T. E., Lynn Beattie, B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison, E. L., Katz, B., Keefe, F. J., Lieber, S. J., Lussier, D., Schmader, K. E., Tait, R. C., Weiner, D. K. & Williams, J. (2007) An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical journal of pain*, 23 (1 Suppl), s. S1-43.
9. Husebo, B. S. (2009) Pain assessment in dementia. *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 129 (19), s. 1996-8.
10. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Borgehusebo, S., Aarsland, D. & Ljunggren, A. E. (2008) Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9 (6), s. 427-33.
11. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E. (2009) Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23 (1), s. 180-9.
12. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. & 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*, 24 (2), s. 380-91.
13. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Snow, A. L. & Ljunggren, A. E. (2007) Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal of pain and symptom management*, 34 (1), s. 67-80.
14. Hyldmo, 2000. Demens som forlop. *Aldring og helse*, 15(1), s.2-5.
15. Kirkevold, O. & Engedal, K. (2009) Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs & aging*, 26 (4), s. 333-44.
16. McCaffery, M. (1994) Ensuring pain relief. *Nursing*, 24 (9), s. 81-2.
17. Melzack, R. (1999) From the gate to the neuromatrix. *Pain*, Suppl 6, s. S121-6.
18. Melzack, R. & Wall, P. D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 (699), s. 971-9.
19. Miro, J., Paredes, S., Rull, M., Queral, R., Miralles, R., Nieto, R., Huguet, A. & Baos, J. (2007) Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European journal of pain*, 11 (1), s. 83-92.
20. Romoren, T. I. (1997) [Aging as scientific challenge]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 117 (26), s. 3761.
21. Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R. & Croft, P. R. (2004) The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 110 (1-2), s. 361-8.



VIL DU VITE MER OM MYELOMATOSE?  
 BESØK VÅR NYE HJEMMESIDE!

[www.mm-info.org](http://www.mm-info.org)



Janssen-Cilag AS  
 Postboks 144  
 1325 Lysaker  
 Tel 24 12 65 00  
 Fax 24 12 65 10  
[www.janssen-cilag.no](http://www.janssen-cilag.no)

JC-110309-1

