

Bacheloroppgave 2009

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere. En litteraturstudie



HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Kandidat nr. 19

Antall ord:7686

Sammendrag

Mange eldre har kroniske smertetilstander, det gjelder også demente. Imidlertid kan det by på store utfordringer å kartlegge smerter hos demente eldre. Denne litteraturstudien tar fore seg hvordan sykepleiere kan kartlegge kroniske smerter hos demente sykehjemspasienter. Metoden er litteraturstudie, basert på tidligere forskning.

Både norsk og internasjonal forskning viser at demente er underbehandlet for smerte, årsaker er blant annet at sykepleiere mangler kunnskaper om kartleggingsverktøy. Undersøkelser viser da også at bruk av smerteskalaer er nesten fraværende på norske sykehjem. Ca. 10 000 rammes årlig av demens i Norge. Og med tanke på at prognosene tilsier at antall demente vil dobles til ca. 130 000 i løpet av de neste 30-40 år, så står samfunnet foran en formidabel utfordring.

For at sykepleiere skal kunne foreta en så korrekt smertemåling som mulig, så må evalueringsverktøyet være til å stole på. Feil resultat kan føre til at smerte ikke oppdages, og dette kan i verste fall få fatale konsekvenser for den demente pasienten. Jeg har derfor drøftet validitet og reliabilitet vedrørende ulike evalueringsverktøy, samt hvilken fellesstrekk de ulike studien viser vedrørende smerteatferd. Drøftingen omfatter følgende evalueringsverktøy: DOLOPLUS-2, NRS, VAS, VRS, ansiktsskala, fargeskala, CNPI, NOPAIN, MOBID-2, PASLAC og PAINAD. Imidlertid har jeg valgt å konsentrere meg hovedsakelig om NOPAIN, CNPI, DOLOPLUS-2 og MOBID-2.

Felles for de fleste er varierende grad av validitet og reliabilitet. Alle undersøkelsene er konsentrert om spesielt tre områder for observasjon av smerteatferd: Ansiktsuttrykk, kroppsspråk og vokalisering. De fleste undersøkelsene indikerer smerte ved stirrende øyne, rynkede øyebryn og øyne som var lukket. Det samme gjør utrop, skriking, uro og vandring, samt å innta forsvarsposisjon. Min anbefaling er å benytte NOPAIN på demensavdelinger, dette fordi at forskningsresultat viser at dette verktøyet er enkelt å bruke, samt at det scorer høyt på validitet og reliabilitet.

Abstract

Many elderly people have chronic conditions of pain. This is also applicable to patients suffering dementia. However, it can become a big challenge to identify pain among dent elder people. This literature study addresses how nurses can identify chronic conditions of pain among dement nursing homes patients. The method used is a literature study, based on earlier research.

Both Norwegian and international research show that dements are under treated for pain. One reason among others is that nurses lack knowlegde about identification tools. Investigation shows that use of a pain scale is nearly absent in Norwegian nursing homes. Approximately 10 000 are yearly affected of dementia in Norway.

The nurses need correct measurement tools so that they can carry out the most accurate assertion of condition. A wrong result could lead to no pain treatment. In worst case scenario, this could lead tho lethal consequences in the health of the dement patients. I have therefore discussed the validity and reliability in accordance to different evaluation tools and which common features the different studies show related to the conditions of pain. This discussion includes the following evaluation tools: DOLOPLUS-2, NRS, VAS, VRS, facescala, colorscale, CNPI, NOPAIN, MOBID-2, PASLAC and PAINAD.

Common for the majority of scales are a changing degree of validity and reliability. All investigations are focused on three special areas of observation of pain treatment: Facial expression, body language and vocalization. Most of the investigations indicate pain with staring eyes, wrinkling eyebrows, and closed eyes. The same applies for crying, shouting, striking, anxiety, wandering, and adopting a defensive postition. My recommendation is to use NOPAIN as evaluation tool on the section of dementia affected patients. Investigation results show that this tool is easy to use and it scores high on validity and reliability.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Abstract	ii
Innholdsfortegnelse	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Disposisjon	3
1.4 Presentasjon av problemstilling	3
1.5 Bakgrunn for problemstillingen	3
1.6 Avgrensing av problemstilling	4
2.0 Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie	6
2.2 Begrunnelse for valg av metode	6
2.3 Forskningsetisk perspektiv	7
2.4 Litteratursøk	8
2.5 Bearbeidelse av data.....	9
3.0 Teori	10
3.1 Hva er demens?	10
3.2 Hva er kroniske smerter?.....	11
3.3 Smerter hos eldre med demens.....	12
3.3.1 Konsekvenser av smerte.....	13
3.4 Smertekartlegging og smertelindring hos eldre med demens	14
3.4.1 Smertekartlegging	14
3.4.1.1 Selvrapporing av smerter.....	15
3.4.1.2 Smertekartlegging hos nonverbale eldre basert på observasjon av atferd.....	15
3.4.2 Smertebehandling hos eldre med demens	17
3.5 Mellommenneskelige aspekter	18
4.0 Drøfting og presentasjon av funn	20
4.1 Vurdering av reliabilitet og validitet hos et utvalg skalaer	21
4.2 Smerteatferd som inngår i evalueringsverktøyene	26
4.2.1 Ansiktsuttrykk	27
4.2.2 Kroppsspråk	27
4.2.3 Verbalisering/Vokalisering	28
4.3 Avslutning og konklusjon	29
Kildehenvisning	i
Vedlegg	vi

1.0 Innledning

Jeg har valgt å rette fokus mot eldre demente sykehjemsbeboere og ulike metoder (smerteskalaer/skjemaer) sykepleiere kan anvende for smertekartlegging. Det finnes imidlertid mange typer evalueringsverktøy. Jeg vil hovedsakelig konsentrere meg om de som er beregnet på nonverbale demente. For at denne pasientgruppen skal få best mulig smertebehandling, så må det settes i gang grundig kartlegging.

I denne litteraturstudien ønsker jeg først og fremst å få belyst hvilke metoder sykepleiere kan anvende for å kartlegge smerter hos demente. Deretter ønsker jeg å drøfte de ulike smerteskalaenes validitet og reliabilitet på bakgrunn av forskningsresultater. Jeg vil også prøve å belyse hvordan de ulike studiene viser evalueringsverktøyenes evne til å fange opp tegn på smerte. For eksempel ansiktstuttrykk, kroppsspråk, uro, aggresjon, vandring og verbal lyd.

Kan sykepleiere stole på at et spesielt evalueringsverktøy (kartleggingsmetode) gir korrekt bilde av situasjonen? Har pasienten smerter, og i så fall, hvor intense er smertene? Dette er viktige spørsmål, og jeg håper i så måte at denne oppgaven kan bidra litt til at sykepleiere kan få mer kunnskaper om smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere. Å feiltolke smerter med demens, så som uro og verbale lyder, kan få fatale konsekvenser for pasienten.

Studier viser at eldre i sykehjem med demens er utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling. Dette gjelder spesielt de som mangler språk. Blant annet så viser undersøkelser at demente får mindre medikamentell smertelindring enn de som er kognitivt intakte (Nygaard og Jarland 2005, Morrison m.fl. 2003, Morrison og Siu, 2000).

1.1 Presentasjon av tema

Undersøkelser viser at demente blir underbehandlet for smerter på norske sykehjem (Nygaard og Jarland, 2005). Dette er allerede i dag et stort problem på mange sykehjem, og problemet vil sannsynligvis øke med tanke på at det blir stadig flere eldre i samfunnet.

Ca. 10 000 personer rammes årlig av demens i Norge, og prognosene tilsier at antall personer med demens vil dobles til ca. 130 000 i løpet av en periode på 30-40 år (Kongsgaard, Wyller og Breivik, 2008).

Dette tyder på at samfunnet og sykehjem spesielt, vil stå ovenfor en stor utfordring i årene som kommer.

Utfordringen består i å ha nok kvalifisert helsepersonell som har kunnskaper om demens og smerteatferd hos demente. Kongsgaard, Wyller og Breivik (2008) hevder at diagnostikk av subjektive symptomer som smerte er spesielt utfordrende i sykehjem, siden 50 – 70 % av pasientene har kognitiv svikt.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har aldri vært i tvil om tema for hovedoppgaven. Dette fordi jeg arbeidet på en demens avdeling i et par år før jeg begynte på sykepleiestudiet. Min interesse for pleie og behandling av demente økte underveis, og jeg gjorde mange refleksjoner disse årene. Jeg oppdaget raskt at demente slett ikke er noen ensartet gruppe, de er alle ulike, slik som kognitivt friske.

1.3 Disposisjon

Kapittel 2 går ut på å forklare metode og valg av kilder. I teoridelen kapittel tre skriver jeg mer om hva demens og smerter/kroniske smerter er, og hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter. Jeg går også litt inn på lindring/behandling, men velger å ha hovedfokus på kartlegging. I kapittel 4 drøfter jeg forskjellige måter å kartlegge smerter på, det vil si ulike typer evalueringsverktøy (smerteskalaer). Disse er viktige redskaper i forhold til å vurdere å sette i gang behandling. Kapittel 5 avsluttes med konklusjon.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen kom mer og mer frem etter hvert som jeg fikk lest meg opp teoretisk. Problemstillingen er som følger:

Hvordan kan sykepleiere kartlegge kroniske smerter hos eldre demente sykehjemsbeboere?

1.5 Bakgrunn for problemstillingen

Bakgrunnen er blant annet egen erfaring på demensavdeling, og det faktum at flere undersøkelser viser at eldre demente blir underbehandlet for smerter på sykehjem.

Det er trolig på grunn av mangelfulle smertekartlegging/måling.

Jeg ønsker dessuten å tilegne meg mer kunnskap om hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan være i stand til å hjelpe demente til å ha et så godt liv som mulig.

Det betyr å inneha kunnskaper om smertekartlegging og metoder for kartlegging.

Kort fortalt ønsker jeg ved min problemstilling å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage og kartlegge smertetilstander hos demente.

1.6 Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til kartlegging av eldre demente sykehjemspasienter med kroniske smerter. Selv om jeg i teoridelen er "innom" emnet "lindring/behandling", så legger jeg hovedvekten på smertekartlegging. Emnet er såpass stort og viktig at jeg har valgt å gå litt i "dybden" når det gjelder smertekartlegging og ulike evalueringsverktøy. Derfor har jeg også valgt å avgrense problemstillingen til kun å gjelde nettopp kartlegging. "Kroniske smertetilstander" er valgt fordi at det er mange eldre som har en eller annen form for kronisk sykdom eller smertetilstand.

2.0 Metode

Tranøy (sitert i Dalland, 2007, s. 81) definerer metode som "en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare".

Metoden vi velger, forteller noe om hvordan vi kan gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at vi mener akkurat den metoden er den beste for å gi oss de beste data og dermed gi best svar problemstillingen. Metoden er redskapet som vi benytter i møte med det vi vil undersøke (Dalland, 2007).

Metoden anvendes til å kritisk analysere, drøfte og vurdere studier som er basert på evidensbasert forskning. Evidensbasert sykepleie (medisin) defineres av Forsberg & Wengstrøm (2008) som en bevisst og systematisk anvendelse av beste tilgjengelige vitenskaplige faktagrunnlag (evidens) innen medisinsk arbeid.

I følge Willman betyr evidens "bevis" eller sann kunnskap. Eriksson mener derimot at evidens betyr å vite, ha en klar visshet, det å se, erfare og kjenne. Evidens refererer til noe naturlig, åpenbart, sant og ekte (sitert i Forsberg & Wengstrøm, 2008, s. 22).

Imidlertid finnes det også kritiske røster til den evidensbaserte forskningen. Forsberg & Wengstrøm, (2008, s. 22-24) viser til at professor Katie Eriksson er skeptisk til den evidensbaserte forskningen, da hun er redd det kun er fokus på utvikling av nye metoder for å få frem vitenskaplige resultater. Eriksson mener at kan dette gå på bekostning av omsorgens innhold, det vil si at det er blitt mindre fokus på omsorg, mer på vitenskaplige resultater.

2.1 Litteraturstudie

Metoden som skal benyttes til denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at informasjonskilden er innsamlet litteratur. Litteraturstudier består, som alle andre oppgaver, av bakgrunn, problemstilling, innsamlingsmetode, utvalg, metode og resultat (Olsson & Sørensen, 2003).

Kildekritikk betyr kritisk å vurdere den litteraturen som er benyttet i oppgaven. Er utvalgte artikler evidensbaserte? Er artiklene godkjente av forskningsetiske komiteer?

Ved å få økt mitt kunnskapsnivå om smertekartlegging ovenfor eldre demente - og dermed også få større innsikt og forståelse i forhold til smertelindring generelt, er målet å kunne yte bedre sykepleie til denne pasientgruppen. Ikke minst håper jeg at oppgaven min kan være til hjelp for sykepleiere og helsepersonell som jobber demensavdelinger.

Oppgaven bygger på litteratur hentet fra fag- og vitenskapsartikler, forskning og fagbøker.

2.2 Begrunnelse for valg av metode

Å foreta en litteraturstudie vil si å undersøke nærmere annen sin forskning og litteratur. Informasjonskilden er her innsamlet data. Det betyr blant annet kritisk å analysere, vurdere, drøfte og til slutt komme frem til en konklusjon eller svar på problemstillingen.

Ut ifra selve oppgaveteksten kommer det frem at dette er en litteraturstudie, jeg skal ikke gjøre egne intervjuer i forbindelse med denne oppgaven. En litteraturstudie er bygd på kvalitativ metode, men selve oppgaven kommer til å bygge både på kvalitative og kvantitative kilder. Hensikten er blant annet å tolke kvaliteten på de data som fremkommer av artiklene. Valget av metode (litteraturstudie) er allerede gjort av Høyskolen.

2.3 Forskningsetisk perspektiv

Etikk er teori om moral, og har med verdier og holdninger å gjøre. For eksempel respekt, evne til å se, tie og lytte. Varhet. Etikk er basert på fornuft, plikter, regler, normer og retningslinjer. Men etikk baserer seg også på følelser, erfaring, faglig skjønn og intuisjon (Brinchmann, B., 2005).

Etikk sett i forskningsperspektiv betyr å holde seg innenfor visse rammer. Tranøy (sitert i Dalland, 2007, s 252) skiller mellom to hovedtyper av forskningsetiske problem, og det er problem som er knyttet til bruken av forskningsresultater og problem som er knyttet til produksjon av forskningsresultater. Å gjøre en undersøkelse innebærer å påta seg ansvar ovenfor enkeltpersoner, institusjoner og samfunn. Dette betyr at resultatene ikke skal misbrukes, at informantene skal ha anonymitet og at forskningen brukes til å få ny kunnskap. Poenget med å forske er å innhente ny kunnskap om et område, og det må ikke skje på bekostning av individets integritet og velferd (Dalland, 2007).

2.4 Litteratursøk

Å søke etter relevant forskningslitteratur, fortonte seg i begynnelsen som å lete etter den berømte nåla i høystakken. Men tålmodighet og stahet førte etter hvert til resultater.

Imidlertid så bør en stille seg kritisk til bruk av internett materiale. Dette fordi at det finnes enorme mengder informasjon på nettet. Eksempelvis kan man finne mye materiale gjennom gratis søkemotorer som Google, men en har da ingen garanti for at artiklene har vært igjennom noen kvalitetskontroll. Det har man derimot med materiale som finnes i utdanningsstedenes bibliotekbaser. Disse er kvalitetsvurdert av fagpersoner (Rienecker & Jørgensen, 2006, 202-203).

Jeg har søkt etter artikler både via søkeportaler i høyskolens bibliotekbaser og Google. Jeg har også søkte tilfeldig på navn (forskere) og tatt deretter tatt kontakt med vedkommende. Har så fått tilsendt artikler elektronisk av flere personer som forsker på "mitt" tema. Imidlertid har jeg senere funnet disse artiklene ved å søke på høyskolens bibliotekbase. (søkemotorer).

De fleste artiklene har jeg funnet ved å søke på PubMed i HSH sin bibliotekbase. Men jeg har også funnet artikler ved å søke på SweMed+. På PubMed har jeg brukt søkeord som kroniske smerter, demente og smertelindring. (søkte da i fulltekst) Ikke overraskende ble det få treff ved å søke på norsk. Eksempelvis ble det 20 funn ved å søke på "kroniske smerter". Jeg forsøkte også å kombinere "kroniske smerter" og "dement", men da ble det ingen funn.

Jeg gikk så rask over til å søke på engelsk, brukte da ord som blant annet dementia, (164, fulltekst), pain (802, fulltekst), chronic disease (511, fulltekst) og nursing homes (213, fulltekst). Jeg kombinerte også disse søkeordene, og fant da noen artikler som er relevante. Andre har jeg forkastet på grunn av lav reliabilitet. Jeg har dessuten satt en grense for at artiklene ikke skal være mer enn 10 år.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Jeg søkte også spesifikt på artikler og forskere innenfor "mitt" temaområde. Jeg søkte da hovedsakelig i PubMed, og fant således flere vitenskapsartikler som er brukt i denne oppgaven. Jeg gikk så direkte inn på artiklene i PDF-format via der artiklene er publisert. For eksempel "Health sciencejournal" og "Journal of Pain and Symptom Management". Jeg forsøkte også å søke på Ovid, og brukte samme søkeord der. Men der fikk jeg ikke artiklene fram i fulltekst.

Jeg har også via litteraturlister på artikler funnet frem til andre relevante forskningsartikler. Jeg gikk da inn på Høgskolen Stord/Haugesund sine nettsider, valgte bibliotek, deretter Google scholar og søkte direkte på tittelen på artikkelen. Deretter kom jeg til tidsskriftet hvor artikkelen var publisert. Jeg gikk så direkte inn på artiklene ved å trykke PDF-format.

2.5 Bearbeidelse av data

I følge Dalland (2007) så er det viktig å bearbeide data, slik at en skiller mellom faktakunnskap og egne meninger, før en starter med skriveprosessen.

Jeg har allerede ekskludert svært mange artikler som kunne være aktuelle for oppgaven. Men da de ikke var forskningsbaserte, og eldre enn 10 år, så valgte jeg å se bort fra disse.

3.0 Teori

3.1 Hva er demens?

Demens blir av Engedal og Haugen (2005, s. 20) definert som:

"En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, lærling, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktede evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid".

For at en pasient skal få diagnosen demens må det påvises eller antas at det er en organisk sykdom i hjernen som er årsak til tilstanden (Engedal & Haugen, 2005). Ordet "demens" brukes som en fellesbetegnelse på en rekke hjernesykdommer som kan ramme hos eldre. Forekomsten øker til eldre man blir. Sentrale kjennetegn er svikt i hukommelse, svekket dømmekraft, redusert evne til å forstå og lære nye ting. Demens gir også problemer med evnen til å tenke og til å orientere seg. Den kognitive svikten fører til endret personlighet, og dermed også endret sosial atferd (Bjørø, K. og Torvik, K., 2008).

Ca. 10 000 personer i Norge rammes årlig av demens. Og prognosene tilsier at antall personer med demens vil bli doblet til om lag 130 000 i løpet av en periode på 30 – 40 år (Kongsgaard, Wyller og Og Breivik, 2008).

Av de ca. 66 000 som rammes av demens i Norge i dag (Sosial og helsedirektoratet, 2007), er de fleste over 65 år (Engedal og Haugen 2005, s.23). Prognosene tilsier at dette tallet er økende, og i år 2020 vil det i følge Sosial og helsedirektoratet (2007,s.23) være ca 73 000 personer i Norge med demens. Forekomsten stiger med økende alder, og i dag har rundt 80 % av pasientene på sykehjem en eller annen form for demenssykdom (Engedal og Haugen, 2005, s.25).

Demens fører til at hjerneceller tar skade og gradvis ødelegges. Dermed forverres pasientens mentale funksjon, noe som fører til at forståelsen av verden forandrer seg (Engedal og Haugen, 2005).

Demens utvikler seg individuelt, og sykdomsutviklingen graderes i mild, moderat og alvorlig grad (Rokstad og Smebye, 2008, s. 39). Ved alvorlig grad vil pasienten ha behov for omsorg døgnet rundt, det betyr oftest opphold på institusjon/sykehjem. Demente har smerter i ulik grad som alle andre, men har ofte problemer med å uttrykke dette. Utvikling av sykdommen kan føre til forandringer i atferd, men forandring i atferd kan også være symptomer på smerter. Når evne til verbal kommunikasjon forsvinner, så kan smerter bli uttrykt gjennom atferd. For eksempel ved uro, sinne, vandring, flytte på gjenstander. Dette kan være symptomer på utvikling av sykdommen, men også et resultat av smerter. Sykepleiere har dermed en utfordring i å tolke disse signalene, slik at det kan avdekkes hva som er årsaken til atferden (Muzikants, 2002).

3.2 Hva er kroniske smerter?

Definisjon på smerte utarbeidet av The International Association for the Study of Pain (IASP): *"Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, assosiert med aktuell eller potensiell med vevsskade, eller mulig vevsskade eller beskrevet som slik skade"* (Ljoså og Rustøen, s.62).

Kroniske smerter er definert på ulike måter. En studie utført av Statistisk sentralbyrå definerer kronisk smerte ved å ha smerte over tre måneders varighet. I en utenlandsk studie ble kronisk smerte definert som smerter i minst seks måneder og med en smerteintensitet på over 4 på en skala fra 0 til 10. (0, ingen smerte, 10, verst tenkelige smerte) (Ljoså og Rustøen, s. 63).

Smerte er i høyeste grad en individuell opplevelse, og Rustøen og Stubbhaug (2006, s. 202) skriver at *"smerte er det den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det"*.

Å ha kroniske smerter betyr ofte at man må leve med smerter gjennom hele livet. Nortvedt og Rustøen (2008) skiller mellom to typer kronisk smerte, *inflammatorisk smerte* og *nevropatisk smerte*. Eksempel på førstnevnte er muskel og skjelettsmerter, leddsmerter og spenningshodepine. Nevropatisk smerte oppstår etter skade i det perifere eller sentrale nervesystem. Eksempel er fantomsmerter (etter amputasjoner) og smerter etter skade i ryggmargen.

3.3 Smerter hos eldre med demens

Å bli eldre betyr at det skjer fysiologiske aldersendringer med kroppen. Endringer skjer i både muskel, nerve-, skjelett og immunsystemet (Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008).

Fysiologiske forandringer vil også føre til at man er mer utsatt for sykdommer, og dermed også smertetilstander. Det å ha smerter er vanlig hos eldre mennesker. Imidlertid er det en langt større utfordring å oppdage smerter hos eldre med kognitiv svikt enn de som er kognitivt intakte. Forskning viser imidlertid at demente klager mindre over smerter enn de som ikke har smerter, noe som også kan være grunnen til at det er registrert mindre smerter hos de som er demente (Bjørø og Torvik, 2008).

Det er mange faktorer som gjør at det er registrert mindre smerter hos demente enn de som er kognitivt intakte. Hukommelsesvikt og evne til abstrakt tenkning gjør det vanskelig å vurdere smerte. Språkferdighetene forandrer seg, de demente har vanskelig for å sette ord på det de vil ha frem (Bjørø og Torvik, 2008).

Kongsgaard, Wyller & Breivik (2008) hevder dessuten at helsepersonell har dårlig evne til å gjenkjenne smerter hos demente, noe som fører til at pasienter med kognitiv svikt er i fare for å bli underbehandlet.

I følge Kongsgaard, Wyller & Breivik (2008) er diagnostikk av subjektive symptomer en stor utfordring på sykehjem, da 50 – 70 % av pasientene har en eller annen form for demenssykdom.

Nygaard og Jarland (2005) har i en forskningsstudie undersøkt sammenhengen mellom det å være dement og ha evnene til å selvrappportere smerte. Et viktig funn var at antall klager på smerte ble redusert med økt grad kognitiv svikt. Når hukommelsen og evnen til abstrakt tenkning svikter, så betyr det at den demente har vanskeligheter med å vurdere og sette ord på egen smerte. Undersøkelsen viste også at pasienter med kognitiv svikt får mindre smertestilende medikamenter enn de som var kognitivt intakte. Høy grad av demens betyr mindre smertestillende medikament. En grunn til dette kan i følge Nygaard og Jarland (2005) være svikt i evnen til å kommunisere verbalt.

Demenssykdommen gjør at den som er rammet etter hvert vil miste språket og evnen til verbal kommunikasjon. Da klarer heller ikke pasienten å formidle at han har smerter. For helsepersonell betyr det å observere atferd som tegn på smerte. Det vil si observere ansiktsuttrykk, verbalisering (støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop grynting etc.), kroppsbevegelser (anstrengt kroppsholdning, monotone bevegelser, urolige, nervøse bevegelser), aggressiv, motsetter seg omsorg, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status (forvirring, irritabilitet, gråtetokter) (Bjørø og Torvik, 2008).

3.3.1 Konsekvenser av smerte

Når vi blir eldre så skjer det alderforandringer som har innvirkning på kroppens smertesystemer. Torvik og Bjørø (2008, s.335) viser til at det er vitenskaplig grunnlag til å hevde at eldre har høyere smerteterskel enn yngre. Det betyr at sykdommer og skader kan være svært alvorlige, uten at den eldre har sterke smerter. Dette fordi eldre reagerer ikke på smertestimuli på samme måte som de var yngre (Torvik og Bjørø, 2008). Eldre folk er ekstra sårbare for smerte. Blir ikke smerten oppdaget, så kan konsekvensene bli alvorlige, og føre til dårlig livskvalitet. Konsekvenser er, ifølge Bjørø og Torvik (2008) inaktivitet, sengeleiekomplikasjoner, tap av selvstendighet (på grunn av redusert evne til å klare dagligdagse gjøremål), ensomhet, og sosial isolasjon.

3.4 Smertekartlegging og smertelindring hos eldre med demens

3.4.1 Smertekartlegging

Som beskrevet under punkt 2.3.1, viser undersøkelser at det er registrert mindre forekomst av smerter hos demente enn de som er kognitivt intakte. Dermed får denne store gruppen pasienter også mindre smertebehandling. En viktig grunn til dette kan være mangelfull smertekartlegging av helsepersonell (Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008).

Det første som gjøres er i prosessen med å kartlegge smerte hos demente, er å foreta en vurdering av smerten og samle inn informasjon via intervju med den demente eller pårørende. Deretter må sykepleier foreta en observasjon og registrere det som blir observert. Neste skritt er klinisk smerteundersøkelse hos legen for å finne en årsak til smerten (McCaffery og Beebe, 2001).

For å oppdage og behandle smerter hos demente er det nødvendig å registrere. Registrering utføres ved å anvende smerteskala for å finne årsaken til problemet. Neste skritt er å kartlegge problemet. Når man så har klarlagt grad av smerte og smertens årsak, så må sykepleier sette i gang tiltak for å administrere pleien og sørge for medikamentell behandling etter samråd med legen. Tiltak kan være å samarbeid med spesialhelsetjenesten (McCaffery og Beebe, 2001).

Å kartlegge smerter hos demente kan være komplisert. Grundig kartlegging av smerte er nødvendig, da dette gir grunnlag for valg av tiltak og evaluering av effekt de aktuelle tiltak kan ha. Grundig kartlegging har dermed stor betydning for valg av behandling.

Smertekartlegging gjøres på flere forskjellige måter, avhengig av graden av demens. Så som om pasienten selv kan rapportere og gi uttrykk for smerteintensivitet, eller om helsepersonell må observere atferd (Bjørø og Torvik, 2008).

Bjæro og Torvik (2008, s. 185-186) p apeker at bruk av standardiserte verkt oy for smertere registrering f orer til en systematisk registrering av smerter hos demente p a sykehjem. Det vil ogs a, if olge Bj ero og Torvik (2008), f ore til bedre kommunikasjon mellom helsepersonell.

3.4.1.1 Selvrapportering av smerter

For selvrapportering av smerteintensivitet anvendes flere typer skalaer. Men kan en stole p a disse skalaene? Hvordan anvendes de? Bj ero og Torvik (2008 s. 186) viser til en unders okelse foretatt hos et utvalg av eldre med ulik grad av kognitiv svikt i Storbritannia. Fem ulike skalaer for selvrapportering av smerter ble her unders okt. Skalaene er: Numerisk skala (NRS, Verbal skala (VRS), Visuell analog skala (VAS), ansiktsskala og fargeskala (Se vedlegg for n ermere beskrivelse av disse skalaene). Et viktig funn ut ifra denne studien er at man fant sammenheng mellom grad av demens og evne til   bruke disse smerteskalaene. Studien viser at ogs a eldre med alvorlig demens kan bruke enkle smerteverkt oy.

Valg av kartleggings skjema gj ores ut ifra pasientens kognitive status og funksjonelle evner. Samme type kartleggings skjema b or brukes konsekvent, slik at pasienten blir fortrolig med skjemaet. Dessuten kan man da f olge smerteutviklingen til pasienten. Samme smerteskala/skjema kan ogs a brukes til   evaluere effekten smertestillende tiltak ovenfor pasienten (Torvik og Bj ero, 2008, s.339).

3.4.1.2 Smertekartlegging hos nonverbale eldre basert p a observasjon av atferd

Demens gir  kende grad av kognitiv svikt og sykdommen er irreversibel. Sykdommen begynner diffust ved at den som rammes begynner   f a problem med   utf ort dagligdagse aktiviteter, sammenlignet med tidligere. Etter hvert blir den demente totalt pleietrengende (Engedal og Haugen, 2005).

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Når sykdomsutviklingen har ført til at den demente ikke lenger er i stand til å si ifra at han/hun har smerter, så blir det en stor utfordring for sykepleier å kartlegge smerteatferd. (Selvrapportering er altså ikke lenger mulig på dette stadiet av sykdommen). Her må sykepleier i stor grad basere seg på å observere atferd. Eksempler på smerteatferd er nevnt under del 2.3.1, "Smerter hos eldre med demens".

Å anvende observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy setter krav til helsepersonell som anvender dette verktøyet. Krav om faglige kunnskaper om demens og hvordan demente reagerer på smerte. Og ikke minst hvordan de uttrykker smerte.

Nonverbale eldre med demens er ikke i stand til å formidle at de har smerter. Dette gjør at pleiepersonalets kunnskaper om pasienten kan være avgjørende for avdekke om pasienten har smerter eller ei. Viktige tiltak for å oppnå god smertekartlegging og behandling, er å sikre stabilt forhold mellom pleier og pasient (Bjæro og Torvik, 2008).

Sykepleiers evne til å vurdere smerte hos nonverbale demente har stor betydning for om smertetilstander og sykdom oppdages. Det viser også undersøkelsen foretatt av Nygaard og Jarland (2005). Hensikten med undersøkelsen var blant annet å undersøke om det var samsvar mellom pleiers og pasients smertevurdering, i tillegg til å undersøke sykepleiers vurdering av kronisk, ikke-malign smerte hos ikke-kommunikative pasienter. Utvalget var på 157 pasienter fra 4 sykehjem. Resultater i fra studien viser at sykepleiere rapporterer smerte hyppigere for kommunikative enn for ikke-kommunikative pasienter. De av pasientene som pleierne antok å ha smerter, hadde langt oftere en smerterelatert diagnose enn de som ikke ble antatt å ha smerter. Undersøkelsen viste også at sykepleiers oppfatning av smerteproblemer var assosiert med journalført diagnose. Nygaard og Jarland (2005) påpeker således at det er grunn til å anta at sykepleiers smertevurdering påvirkes av dokumenterte diagnoser.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Å kartlegge smerter hos nonverbale eldre demente, er basert på observasjon av atferd. Dette fordi at sykdommen har kommet til en fase hvor pasienten ikke lenger klarer å formidle sin smerte til omverden med ord fordi evnen til språklig kommunikasjon er svekket (Nygaard og Jarland, 2005).

Torvik og Bjøro (2008) viser til at det er sykepleieren som har hovedansvar for systematisk kartlegging av smerte hos eldre. Dette stiller derfor store krav til kunnskaper, innlevelser og kommunikasjon hos sykepleieren.

3.4.2 Smertebehandling hos eldre med demens

Smertevurdering er viktig for å kunne behandle smerte hos eldre med demens. Årsaken til smerten må kartlegges, det samme må faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen. Både fysisk, kognitiv, emosjonell og sosial funksjon må kartlegges. Smertevurdering er dermed av avgjørende betydning med tanke på hvilken behandling pasienten skal ha, og for at en i etterkant kan vurdere effekten av behandlingen (Bjøro og Torvik, 2008).

Det er spesielt en stor utfordring å behandle nonverbale eldre demente. Her må beslutning om smertebehandling tas på grunnlag av informasjon som kan være usikker. Behandlingen bør i følge Horgas og Elliot (2004) være både medikamentell og ikke-medikamentell.

Bjøro og Torvik (2008) hevder at prinsippene for medikamentell behandling er de samme, enten pasientene kognitivt intakte eller har alvorlig demens. Imidlertid så må helsepersonell være klar over at eldre reagerer annerledes på enkelte legemidler. Dette på grunn av at økt alder fører til økt følsomhet ovenfor en del legemidler.

Bjøro og Torvik (2008) påpeker, i likhet med Horgas og Eliot (2004), at ved mistanke om smerter hos en pasient med alvorlig demens, så bør det utføres et klinisk forsøk hvor både ikke medikamentelle og medikamentelle tiltak utprøves.

Etter å ha observert smerteatferd, så gjøres en grundig vurdering av hva som kan være årsak til det en tolker som smerter. Er det kartlagt smerter hos pasienten, så medikamentforsøk utprøves.

Det betyr å forsøke først med smertestillende medikament. Deretter observeres pasientens atferd. Endret atferd kan bety at pasienten har smerter, og dermed bør medikamentell behandling bør fortsette (Bjøro og Torvik, 2008).

Ikke-medikamentelle tiltak for å lindre smerte og ubehag hos eldre med demens kan i følge Kovach, Weissmann, Griffie, Matson & Muchka (1999) være å snakke med personen på en beroligende og støttende måte. Andre tiltak kan ifølge Kovach et al. (1999) være massasje, terapeutisk berøring, varme/kuldebehandling og musikk for å avlede smerte og ubehag.

3.5 Mellommenneskelige aspekter

Å kartlegge smerter hos demente er en sykepleieroppgave som krever at sykepleiere har kunnskaper om blant annet kommunikasjon og evne til samhandling med pasientene. Jeg vil her vise til Joyce Travelbee og henne sykepleieteori.

Travelbee (1999) er i sin teori om mellommenneskelige aspekter spesielt opptatt av samhandling og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, slik at pleien blir best mulig for pasienten. Hun hevder at sykepleiens mål er å skape et menneske – til – menneske - forhold mellom sykepleier og pasient. Dette er ifølge Travelbee (1999) et virkemiddel for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe en person med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

Men før pasienten kan få sine sykepleiebehov ivaretatt, så må de identifiseres. Og det gjøres i følge Travebee (1999, s. 142) ved observasjon og kommunikasjon.

Travelbee (1999) hevder videre at sykepleieprosessen består av stadier som går inn i hverandre: observasjon, tolkning, beslutningstaking, intervensjon og vurdering (evaluering av handlingene). Hensikten med observasjon er å finne pasientens behov og problemer, for så planlegge aktuelle tiltak for hjelpe legen med å stille rett diagnose.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Data samles så inn på bakgrunn av observasjon, og består av det som kan registreres via våre sanseorganer (for eksempel syn, følelse, lukt hørsel). På bakgrunn av observasjoner og tokning (basert på tidligere kunnskap) blir det så fattet en beslutning (Travelbee, 1999).

Smerte er ifølge Travelbee (1999, s. 112) en ensom erfaring, fordi at det er vanskelig å formidle smerteerfaringen til andre. Derfor er det også vanskelig å vurdere andre sin smerte. Travelbee (1999) hevder derfor at helsearbeidere aldri kan være trygge på at de vurderer smerteintensiteten riktig i forhold til en syk pasient.

4.0 Drøfting og presentasjon av funn

Har jeg som oppgave å kartlegge smerter hos eldre demente sykehjemspasienter, så må jeg ha kunnskaper om både kartlegging, pasienter og evalueringsverktøy. Jeg bør også være trygg på at evalueringsverktøyet gir korrekt resultat, det vil si at jeg kan stole på resultatet som fremkommer ved bruk av evalueringsverktøyet. Og skorter det både kunnskaper hos sykepleier og valide målingsverktøy, så kan konsekvensene bli svært alvorlige for den demente. Jeg har derfor valgt å se nærmere på forskning som omhandler ulike typer smerteskalaer, deres validitet og reliabilitet.

Evalueringsverktøyene er grunnlaget for kartlegging av smerter. Skyldes for eksempel endret atferd smerter eller skyldes det forverring av sykdommen? Det å tolke om atferden til en dement pasient skyldes smerter eller ikke, avhenger blant annet av sykepleierens kunnskaper om smerteatferd, pasienten, demenssykdommen og kartleggingsmetoden.

Det er i løpet av de siste årene blitt utført betydelig forskning på evalueringsverktøy/smerteskalaer for bruk i demensomsorgen. I denne delen bruker jeg både bøker, undersøkelser og artikler til å drøfte blant annet fordeler og ulemper med de enkelte smerteskalaene. Felles for de fleste artiklene er undersøkelse av evalueringsverktøyets validitet og reliabilitet samt observasjoner av atferd som mulig tegn på smerte (eksempelvis ansiktsuttrykk, kroppsspråk, uro).

Validitet betyr å teste ting riktig, det vil si måleinstrumentets evne til å måle det som faktisk skal måles (måle ekstakt det som skal måles). Reliabilitet vil si hvor bra vi måler det som faktisk har blitt målt, det vil si om vi får samme resultat av en undersøkelse hver gang vi måler med det samme måleinstrument (Olsson & Sörensen, 2003). Jo flere ganger vi måler og får tilnærmet likt resultat, til sikrere kan vi være på måleinstrumentets reliabilitet. Dette betyr å kunne stole på evalueringsverktøyet, slik at sykepleiere kan være trygge at resultatet av en smertemåling er riktig.

4.1 Vurdering av reliabilitet og validitet hos et utvalg skalaer

Som nevnt i teoridelen, eksisterer det mange typer smerteskalaer. Noen er baserte på selvrapporing av smerter, mens andre er baserte på observasjon av blant annet kroppsspråk, verbale lyder, og ansiktsuttrykk. Smerteskalaer for selvrapporing brukes ovenfor mildt demente, eller de som har språket i behold.

Observasjonsbaserte skalaer anvendes hovedsakelig til nonverbale pasienter.

Sistnevnte smerteskala byr på de klart største utfordringene for sykepleiere, da de anvendes på eldre demente uten språk. Denne gruppen klarer ikke å formidle via ord deres opplevelse av smerte eller smerteintensitet. Undersøkelser viser da også at det er denne gruppen pasienter som er mest utsatt for manglende behandling.

I en undersøkelse foretatt av Closs, Barr, Briggs, Cash og Seers (2004) ble fem ulike skalaer for smertekartlegging (ansiktsskala, numerisk skala (NRS), verbal skala (VRS), visuell analog skala (VAS) og fargeskala) testet på et utvalg eldre med varierende grad av kognitiv svikt. I startfasen var 406 eldre demente fra 15 forskjellige sykehjem i Storbritannia aktuelle til å være med i undersøkelsen. Endelig utvalg ble 113. 136 eldre demente ble imidlertid ekskludert fra undersøkelsen, blant annet på grunn av at de ikke var i stand til å kommunisere.

Et viktig funn fra undersøkelsen til Closs, et al (2004) er at man fant sammenheng mellom grad av demens og evnen til å anvende de fem ulike skalaene. Blant eldre med moderat kognitiv svikt var 97 % i stand til å bruke verbal skala og 87 % numerisk skala. Derimot så var det kun 36 % av de med alvorlig grad av demens som kunne bruke verbal skala. Studien viser at en del eldre med alvorlig grad av kognitiv svikt er i stand til å bruke selvrapporing som smerteskala. Men undersøkelsen viste også at flertallet av alvorlig demente ikke er i stand til å anvende denne metoden.

Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge og Kaasa (2005) hevder at mangelfull smertemåling kan være årsak til at demente er utsatt for mindre smertebehandling enn kognitivt intakte. Songe-Møller et al (2005) hevder videre at det finnes flere evalueringsverktøy basert på observasjon, men felles for alle er mangelfull validering.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Songe-Møller et al (2005) konkluderer med at det både klinisk og vitenskaplig er et stort behov for en validert standard for systematisk smertemåling hos demente pasienter.

To typer smerteskalaer er oversatt til norsk. Det er *Doloplus -2* og *CNPI* (The checklist of Nonverbal Pain Indicators). Begge er beregnet til bruk for alvorlig demente eldre.

Nygaard og Jarland (2006) ønsket å teste en norsk versjon av evalueringsverktøyet CNPI (The checklist of Nonverbal Pain Indicators) for reliabilitet og validitet. Verktøyet ble testet av helsepersonell på pasienter i daglig pleie. Verktøyet baserer seg på observasjoner, og seks hovedområder blir framhevet som tegn på smerteatferd: Verbale klager (ikke-verbale uttrykk), ansiktsgrimaser, klamrer seg til/holder i seng stol eller annen gjenstand, uro, gnir/masserer smertefullt område og høylydte klager. 46 pasienter fordelt på syv sykehjem deltok i undersøkelsen, alle over 65 år og i langtidspleie. Sykepleiere utførte 42 vurderinger/kartlegginger, hjelpepleiere 89 og assistenter 7. Test resultatene viser akseptabel reliabilitet og validitet, samt at hjelpepleierne fikk bedre score på reliabilitet enn hva sykepleierne fikk. Nygaard og Jarland (2006) konkluderer med at CNPI er et evalueringsverktøy som er enkelt i bruk, og som kan anvendes av flere ulike kategorier helsepersonell.

CNPI er i følge Bjøro og Torvik (2008) spesielt utviklet med tanke på eldre med hoftebrudd, og er dermed mest anvendbar og valid ovenfor denne gruppen. Evalueringsverktøyet gjelder kun de mest vanlige smerteindikatorene, og derfor kan det være vanskelig å oppdage smerter hos pasienter som har en mer "uvanlig" måte å uttrykke smerte på (Bjøro og Torvik, 2008).

Doloplus-2 ble testet i en kvantitativ studie (foretatt på 59 personer med demens) av Hølen, Saltvedt, Fayers, Bjørnes, Stenseth, Hval, Filbet, Loge og Kaasa (2005). Evalueringsverktøyet fikk tilfredsstillende resultat når det gjaldt validitet og klinisk anvendelse, og sykepleierne som prøvde ut instrumentet gav positive tilbakemeldinger. Det var ifølge sykepleierne ingen områder pekte seg ut som forvirrende, eller vanskelige å forstå.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Imidlertid så anbefalte sykepleierne at nye brukere av verktøyet burde være forsiktige med å bedømme psykososiale reaksjoner, da atferdsendringer ofte forekommer hos personer med demens. Og disse atferdsendringene trenger ikke være et resultat av smerter, men av sykdommen. Det kom også fram i undersøkelsen at best mulig kartlegging betyr å kjenne pasientens vaner og normale atferd.

Hølen et al (2005) konkluderer med at *Doloplus-2* generelt er anvendbar til å måle smerte hos pasienter med demens. Men at de psykologiske aspektene trenger bedre vurdering. Hensikten med undersøkelsen var å oversette *Doloplus-2* til norsk, samt teste validitet og klinisk anvendelse.

Zwakalen et al (2006) har også testet *Doloplus-2* og fått andre resultater. I denne undersøkelsen ble tre evalueringsverktøy testet, hvorav *Doloplus-2* kom dårligst ut. Zwakalen (2006) hevder på linje med Hølen et al (2005) at de psykologiske aspektene med *Doloplus-2* trenger bedre vurdering, da metoden skåret lavt på psykiske og fysiske reaksjoner. Verktøyet ble klinisk testet av sykepleiere som rapporterte vansker med å forstå og anvende verktøyet.

Hølen et al (2005) sin undersøkelse av *Doloplus-2* viste imidlertid motsatt resultat, sykepleierne hadde ingen problemer med å anvende verktøyet.

Et annet evalueringsverktøy, *NOPPAIN* (Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument), ble testet for smertekartlegging hos 40 personer med demens (nonverbale), basert på observasjon. Hensikten med undersøkelsen var å vurdere reliabiliteten og validiteten til instrumentet, samt å avgjøre om verktøyet kunne anvendes av sykepleierstudenter med liten erfaring i å vurdere smerter. Resultater av denne kvantitative studien viser høy grad av reliabilitet og validitet, samt at dette er et enkelt verktøy å anvende for å kartlegge smerter hos demente pasienter (Horgas, Nichols, Caissy, Schapson & Vietes, 2007).

MOBID-2 smerteskala (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia) er utviklet i løpet av de siste årene. Denne smerteskalaen er utviklet for å spesielt fange opp smerter og smerteintensivitet fra muskel- og skjelettsystemet, samt fra indre organer, hode og hud. Basert på observasjon av pasientens smerteatferd (Husebo, Strand, Nilssen, Husebo, Snow og Ljunggren, 2007).

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Husebø et al (2007) gjennomførte en kvantitativ studie for å undersøke denne metodens utvikling, samt validitet og reliabilitet. Studien beskriver i tillegg konstruksjonen av *MOBID-2*. Metoden ble testet på 26 sykehjemspasienter med alvorlig grad av demens, og som det ble antatt hadde kroniske smerter. Studien konkluderer med at *MOBID-2* skårer høyt ved bedømming av smerte under guidede bevegelser, det samme gjør smerteintensivitet registrert ved videoopptak. Både reliabilitet og validitet vedrørende smerteintensivetspoeng ble vurdert til å være svært bra, men varierte mellom dårlig og svært bra når det gjaldt indikatorer for smerteatferd.

Min umiddelbare tanke er at 26 sykehjemspasienter er et lite utvalg å basere en studie på med tanke på validitet og reliabilitet. Kan resultatet da være representativt for alle alvorlig demente sykehjemspasienter med kroniske smerter? Olsson og Sörensen (2003, s. 73) påpeker at resultater blir mer pålitelige, og feilmarginen blir mindre til større utvalg man bruker i en undersøkelse. Utvalgsstørrelsen bestemmes dermed av hvor store eller små feilmarginer forskeren er villig til å akseptere i en studie.

Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø, Aarsland & Ljunggren (2008) anvendte *MOBID-2* i en studie for å undersøke sammenhengen mellom bruk av smertestillende medikamenter og smerteintensivitet hos sykehjemspasienter med ulike grader demens. Evalueringsverktøyet ble testet på 181 pasienter. Et viktig funn var at pasienter med alvorlig demens har like høy smerteintensivitet som pasienter med mild og moderat demens, og de uten demens. Evalueringsverktøyet reliabilitet ble vurdert til svært god, men det settes spørsmålstegn ved validiteten, da undersøkelsen kun omfatter et sykehjem. Resultatene av studien viser også at pasienter med alvorlig demens, behandlet med opioider, har høyere smerteintensitet enn kognitivt intakt pasienter.

Husebø et al (2008) hevder på bakgrunn av undersøkelsen at sykehjemspasienter har sammensatte lidelser, og er underbehandlet for smerte. Helsepersonell trenger imidlertid mer kunnskaper om både smertebehandling og demens (Husebø et al., 2008).

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Husebø et al (2007) benyttet videoinnspilling gjentatte ganger for å observere og registrere smerteatferd hos demente. Også Zwakhalen, Hamers, og Berger (2006) anvendte videoinnspilling for å observere smerteatferd i sin studie. Bakgrunnen for studien er stort behov for valide, reliable og klinisk anvendbare skalaer for å kartlegge smerter hos demente. Hensikten var å vurdere de psykometriske egenskapene til de oversatte versjonene av *PAINAD* (Pain Assessment In Advanced Dementia), *PACSAC* (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) og *DOLOPLUS-2*. Denne kvantitative studien omfattet 144 personer med demens og 12 sykepleiere. Resultatet av studien er at disse tre evalueringsverktøyene hadde god validitet og reliabilitet, men visse deler av verktøyene trengte "finpusses". *PASLAC* ble vurdert av sykepleierne som det mest anvendbare verktøyet, mens *PAINAD* viste best psykometrisk kvalitet. *DOLOPLUS-2* ble ansett som å være den minst anvendelige av disse skalaene.

En systematisk oversikt utarbeidet av Harr, Bjørø & Decker (2006) konkluderte med at på det daværende tidspunkt (2006), ikke fantes standardiserte verktøy (basert på observasjon av smerteatferd hos nonverbale eldre med demens) som hadde tilstrekkelig validitet og reliabilitet til å anerkjenne anbefalinger om utstrakt bruk og bred anvendelse i klinisk praksis. Dette på bakgrunn av testing, utvalgsstørrelse og antall kliniske tester.

Det er imidlertid gjort fremgang siden 2006, og noen av verktøyene har gjennomgått videre testing. Dog er det i følge Bjørø og Herr (2008) fortsatt behov for videre testing og utvikling av standardiserte verktøy basert på observasjon av smerteatferd hos nonverbale eldre. Bjørø og Herr (2008) påpeker at flere av evalueringsverktøyene har potensial, men at det er fremdeles ikke utviklet et standardisert verktøy som kan bli anbefalt for en større utbredelse i klinisk praksis.

Dolopus-2 og CNPI er oversatt til norsk. Men på bakgrunn av resultatene fra studiene er jeg litt tilbakeholden med å anbefale utstrakt bruk av disse på norske sykehjem. Anvendelse av Dolopus-2 har i to undersøkelser blitt bedømt vidt forskjellig av sykepleiere, og felles er at den skårer lavt på psykologiske aspekter. CNPI har skåret høyt på tester, den er blant annet enkel i bruk. Men CNPI kan ikke anvendes ovenfor alle demente.

CNPI er spesielt utviklet for eldre med hoftebrudd, og de som har de vanligste smerteindikatorene. Skalaen fanger dermed ikke opp mer "sjeldne" måter å uttrykke smerte på (Bjæro og Torvik, 2008).

MOBID-2 skalaen viser varierende resultat når det gjelder validitet og reliabilitet. Men i følge de studiene jeg viser til, så er den i den ene studien testet på kun 24 pasienter og i den andre testet på kun et sykehjem. Jeg er derfor litt forsiktig med å anbefale konsekvent bruk av dette verktøyet på sykehjem.

Min anbefaling er å anvende NOPPAIN (Non communicative Patient`s pain) som smerteskala på norske sykehjem. Jeg anbefaler imidlertid at skalaen bør oversettes til norsk, da en ikke kan ta det for gitt all helsepersonell forstår engelsk. Dermed øker faren for feiltolking av skalaen. Det kan igjen føre til mangelfull og feilaktig registrering av smerteatferd. Min begrunnelse for å anvende NOPPAIN er at den har skåret høyt på både validitet og reliabilitet, samt at den er enkel i bruk. Etter min mening *må* en smerteskala *må* være enkel å bruke for helsepersonell, ellers så er det stor fare for feil bruk. Konsekvensen er dermed at smertetilstander ikke oppdages hos eldre demente.

Jeg vil imidlertid igjen henvise til Bjæro og Herr, som pr. 2008 påpeker at det ennå ikke er utviklet noen form for standardisert verktøy som kan bli anbefalt for en større utbredelse i klinisk praksis, da med tanke på validitet og reliabilitet.

4.2 Smerteatferd som inngår i evalueringsverktøyene

Smerteatferd som beskrives i de ulike studiene er oppdelte i ulike kategorier. For eksempel ansiktsuttrykk, kroppsspråk, verbalisering/vokalisering, aggressivitet, søvnløshet og uro. Imidlertid har alle evalueringsverktøyene konsentrert seg om spesielt tre områder for observasjon av smerteatferd:

4.2.1 Ansiktsuttrykk

Flere studier påpeker at ansiktsuttrykk kan indikere at eldre demente har smerter. Ansiktsuttrykk som viser stirrende øyne, rynkede øyebryn og øyne som var lukket, er tegn som Hølen et al (2005) og Scherder & van Manen (2005) nevner. Felles for flere studier er at ansiktsuttrykk som grimaser og tilkneppet munn kan være signal på at den demente opplever smerte (Husebø et al, 2007; Scherder & van Manen 2005; Horgas et al, 2007).

Herr, Bjørø & Decker (2006) viser til en undersøkelse av 5 smerteskalaer og deres evne til å fange opp smerte. Studier av *Doloplus-2* viser at tegn på smerte kan være grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykksløs) og blikk. (stirrende, fraværende bedende, engstelig eller tårefylt).

4.2.2 Kroppsspråk

Når den demente viste tegn til å "beskytte" en kroppsdel ved å trekke beina/knærne opp mot magen og "krøp sammen" i hvile, så kunne dette tolkes som smerter (Husebø et al, 2007; Pautex, S, Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P, Samaras, D., Michel, J.P., Giannakopoulos, P., & Gold, G., 2006).

Kovac et al (1999) tar opp uro og vandring som et tegn på smerte. Herr, Bjørø, & Decker (2006) tar opp hvordan 5 forskjellige smerteskalaer fanger opp tegn på smerte via kroppsspråk. Skalaene er Abbey Scale, ADD, CNPI, Doloplus-2 og DS-DAT. For eksempel viser resultater ved anvendelse av doloplus-2 at pasienten har smerter når han/hun beskytter en eller flere deler av kroppen ved å innta en forsvarsposisjon og/eller beskyttende bevegelser.

4.2.3 Verbalisering/Vokalisering

Flere studier tar for seg ulike typer vokalisering som kan være tegn på at demente har smerter. Felles for disse studiene er at de tar opp verbal lyd, så som utrop, skriking og jamring (Husebø, et al, 2007; Zwakhalen, S.M.G, Hamers, J.P.H. & Berger, M.P.F.,2006).

Studier viser at smerteatferd kan uttrykkes på flere måter. Hølen et al., (2005) og Pautex et al (2006) mener at endret søvnmønster kan være tegn på smerte. Andre studier viser at Helsepersonell bør være oppmerksom på aggresjon og forandringer i mobilitet, spisevaner, påkledning og toalettvaner da dette kan være smerterelatert (Kovac, Cashin & Sauer, L, 2006).

4.3 Avslutning og konklusjon

Hva er hensikten med å drøfte ulike kartleggingsmetoders validitet og reliabilitet, samt resultater vedrørende dementes smerteatferd? Hvilke konsekvenser har anvendelse kontra ikke anvendelse av evalueringsverktøy ovenfor eldre demente? Og er det nødvendig at sykepleiere trenger å ha kunnskaper om disse evalueringsverktøyene? I følge Nygaard og Jarland (2006) så er bruk av smerteskalaer på norske sykehjem nesten fraværende. En undersøkelse som omfattet syv norske sykehjem viste at 92 % av pleiepersonellet ikke anvendte noen form for evalueringsverktøy til å kartlegge smerter hos demente i daglig pleie. Og 64 % hadde ingen kunnskaper om evalueringsverktøyer overhodet (Nygaard og Jarland, 2006).

Og samtidig viser altså forskningsresultater, både i Norge og utenlands, at eldre demente på sykehjem stadig blir underbehandlet for både akutte og kroniske smerter.

Hensikten med å drøfte de ulike evalueringsverktøyene, er blant annet å bli bevisst på at det eksisterer hjelpemidler til å vurdere smerteatferd hos demente. Og jeg mener bestemt at svaret er *ja*, sykepleiere trenger kunnskap om smerteatferd og evalueringsverktøy for å kartlegge smerter! Konsekvens av å ikke benytte smerteskala, kan være at den eldre demente har smerter livet ut. Sykepleiere og annet helsepersonell *må* bestrebe seg på å gi best mulig pleie til pasientene, det gjelder i høyeste grad også ovenfor demente i livets siste fase

Med jevne mellomrom blir dette temaet belyst i media, så som i Hafstad og Thorgrimsen (2008) sin artikkel publisert i Aftenpostens nettutgave.

Artikkelen beskriver litt om pårørendes rolle ovenfor nonverbale eldre, og henviser til en studie utført av Bettina Husebø, avdelingsoverlege ved Røde Kors sykehjem/Universitetet i Bergen. Massemedia har stor utbredelse, og det betyr at dette problemet blir allment kjent i den norske befolkning.

.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Hvilke tiltak kan så settes i verk for å opplyse sykepleiere og annet personale på demensavdelinger om eksistensen av, og bruken av smerteskalaer? Jeg mener at et godt faglig miljø blant sykepleiere kan være avgjørende for å øke kunnskapsnivået. Det å kunne diskutere fag og arbeidsområde, betyr at det er lettere å holde seg faglig oppdatert. Jeg mener at arbeidsgiver (virksomhetsleder) også har ansvar, han/hun kunne for eksempel leie inn foredragsholdere for å forelese om smertekartlegging og ulike typer evalueringsverktøy.

Jeg håper jeg har klart å gi et klart svar på min problemstilling, som er: Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos demente sykehjemspasienter. Svaret er å anvende ulike kartleggingsmetoder, det vil si evalueringsverktøyer

Jeg vil til slutt tilføye at denne oppgaven dreier seg hovedsakelig om anvendelse og vurdering av tekniske hjelpemiddel. Men de er nødvendige for at sykepleiere skal kunne få utført arbeidsoppgavene på en best mulig måte – til beste for pasienten. Det betyr systematisk kartlegging på bakgrunn av observert atferd. Hensikten med bruk av evalueringsverktøy er å kartlegge smerter for å behandle og lindre sykdom. Og det å lindre og behandle sykdom er sykepleiens grunnleggende funksjon. Yrkesetiske retningslinjer (som bygger på de etiske prinsippene til ICN-International Council of Nurses) for sykepleiere slår fast at *"grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet"* samt at *"sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg, og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert"*. (Yrkesetiske retningslinjer, 2007). Og i følge helsepersonelloven (1999) § 4 er det lovpålagt at helsepersonell skal gi faglig, forsvarlig og omsorgsfull pleie på bakgrunn av kvalifikasjoner.

Kildehenvisning

Bjørø, K. & Herr, K. (2008). Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult [Elektronisk versjon]. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24 (2): 237-262.

Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og behandling hos eldre mennesker med demens. I: T. Rustøen & A.K. Wahl (Ed.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.182-202). Oslo: Gyldendal.

Brinchmann, B.S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Samlaget.

Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & Seers, K.(2004) A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment [Elektronisk versjon]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3): 196-204.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal.

Engedal, K & Haugen, P. K. (2005). *Demens- fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og Helse.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hafstad, A. & Thorgrimsen, T.C.S. (2008) Demente lider unødvendig. *Aftenposten.no*. Hentet 15.februar 2009 fra <http://www.aftenposten.no/helse/article2660549.ece>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64*. Hentet 18. februar 2009 fra http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Herr, K, Bjørø, K., & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. [Elektronisk versjon]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (2): 170-192.

Horags, A.L. & Elliot, A.F. (2004). Pain assessment and management in persons with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 39: 593-606.

Horgas, A.L, Nichols, A.L, Caissy, B.S., Schapson, C.A. & Vietes, K. (2007). Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationship among the Noncommunicative patients pain assessment instrument, selfreport, and behavioral observations [Elektronisk versjon]. *American Society for Pain and Management Nursing*, 8(2): 77-85.

Husebo, B., Strand, L. I, Moe-Nilssen, R, Huseo, S. B., Aarsland, D., & Ljunggren, A. E. (2008). Who suffers most? Dementia and pain in Nursing home patients: A cross-sectional study [Elektronisk versjon]. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(6): 427-433.

Husebo, B., 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 [Elektronisk versjon]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1): 67-80.

Hølen, J., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J. & Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: Translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment [Elektronisk versjon] *Palliative Medicine*, 19(5): 411-417.

Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B. & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 05/2008. Hentet 26. januar 2008 fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1662467

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Kovach, C.R., Logan, B.R., Noonan, P.E., Schlidt, M.A., Smerz, J., Simpsons, M. & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior Nursing Home Residents With Dementia [Elektronisk versjon]. *American Journal of Alzheimers Disease and other Dementias*, 21(3): 147-155.

Kovach, C.R., Weissmann, D.E., Griffie, J., Matson, S. & Muchka, S. (1999) Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(6): 291-294.

Ljoså, T. M. & Rustøen, T. (2007). Kronisk smerte I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Ed.), *Å leve med kronisk sykdom*, (s.62). 2. utg. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter*. Oslo: Gyldendal.

Morrison, R.S. & Siu, A.L.(2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture[Elektronisk versjon]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4): 240-248.

Morrison, R.S., Magaziner, J., Gilbert, M, Kenneth, J.K, McLaughlin, M. A, Orosz, G & Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture[Elektronisk versjon]. *Journals of Gerontology Series A – Biological Sciences & Medical Sciences*, 58(1): 76-81.

Muzikants, S. (2002). Smärta, smärttillstånd och smärtbehandling hos äldre. *Nordisk geriatrik nr 3*, s. 15-21.

Nortvedt, F. & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I: T. Rustøen og A. K. Wahl (Ed.), *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal.

Nygaard, H.A. & Jarland, M.J. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapportering og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 10/2005. Hentet 9. februar 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1192477

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

- Nygaard, H.A. & Jarland, M.J. (2006). The checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes [Elektronisk versjon]. *Age and Ageing*, 35(1): 79-81.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., & Gold, G. (2006). Pain in Severe Dementia: Self-Assessment or Observational Scales? [Elektronisk versjon]. *American Geriatrics Society*, 54(7): 1040-1045.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2006). *Den gode oppgaven*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rustøen, T. & Stubbhaug, A.(2006). Smerter. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (Ed.), *Sykepleieboken 2*,(s. 99-242). Oslo: Akribe.
- Scherder, E., & van Manen, F. (2005) Pain in Alzheimers disease:Nursing assistants and patients evaluations [Elektronisk versjon].*Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 151-158
- Songe – Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J., Loge, J., og Kaasa, S.(2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 13/2005. Hentet 05. januar 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1223493
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2008). Smerte. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Ed.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 333-349). Oslo: Gyldendal.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., & Berger, M.P.F. (2006). The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia [Elektronisk versjon]. *Pain*, 126(1): 210-220.

Yrkesetiske retningslinjer (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Brosjyre]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Bilde på forsiden, hentet 18. februar 2009 fra

http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/44037000/jpg/_44037319_dementiamansplc_red.jpg

Vedlegg

Vedlegg 1: Doloplus-2 smerteskala

Vedlegg 2: VAS - skala

Vedlegg 3: Ansiktsskala

Vedlegg 4: CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) smerteskala.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
Senternummer:	Pasientnummer:	Dato:			
SOMATISKE REAKSJONER					
1. Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykkløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn - problemer med innsøving - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOMOTORISKE REAKSJONER					
6. Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt) - aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre - aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre) - umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Forflytning	- forflytter seg som vanlig - lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius) - sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig) - forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvisning av all kommunikasjon	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.) - deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse - nekter av og til å delta i aktiviteter - avstår fra all sosial aktivitet	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten eksterne stimulans/kontakt)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
TOTALT		0	0	0	0

DOLOPLUS SKALA NØKKEWORD

Klager

Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppsspråk (tegn/mimikk), utrop, gråt, stønning og/eller jamring.

Smertelindrende stillinger

Uvanlig kroppsstilling for å unngå eller lindre smerte.

Beskyttelse av smertefulle områder

Pasienten beskytter én eller flere deler av kroppen ved å innta en forsvarsposisjon og/eller ved beskyttende/avvergende bevegelser. Ikke skår hvis du mistenker at det er angst som utløser atferden. Mange demente vil beskytte seg når de ikke forstår hva som skal skje og dette skal ikke skåres.

Ansiktsuttrykk

Ansiktet uttrykker smerte ved grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykksløst) og ved blikk (stirrende, fraværende, tårefyllt, bedende, sint, desperat, engstelig eller fortvilet). Noen demente har vedvarende uttrykksløst ansikt som en konsekvens av sin demens, se derfor etter forandringer i forhold til det normale for pasienten når du skårer.

Forespørsel/Kontakt/Undersøkelse

Alle former for konfrontasjoner; undersøkelse, tilnærming (innblanding), henvendelser, omtanke, behandling og stell.

Stell/påkledning

Vurdering av smerte under stell (eventuelt toalettbesøk) og/eller påkledning alene eller ved hjelp.

Bevegelser

Vurdering av smerte ved bevegelser; endring av stilling/posisjon, forflytning, gange; alene eller ved hjelp.

Kommunikasjon

Verbal eller nonverbal. Se etter forandringer fra pasientens normale kommunikasjonsmønstre.

Sosial aktivitet

Måltider, tilstelninger, aktiviteter, terapeutisk behandling og besøk.

Atferdsproblemer

Aggressivitet, uro (rastløshet), forvirring, likegyldighet, regresjon, spørsmål om aktiv dødshjelp osv. Se spesielt etter forandringer i normale atferdsmønstre som kan skyldes smerte.

DOLOPLUS SKALA: BRUKERVEILEDNING

1. Bruk forutsetter opplæring

Som ved et hvilket som helst nytt instrument, er det klokt å prøve det ut før man setter i gang. Noteringstiden reduseres ved erfaring (maks. noen få minutter.) Hvis det er mulig, er det lurt å øve seg på pasienter som allerede er henvist til et behandlingsopplegg.

2. Registrering i tverrfaglige grupper

Registrering fra flere pleiere (lege, sykepleier, hjelpepleier) er å foretrekke, uansett behandlingssted (offentlig, privat, hjemme). I hjemmet kan familien og andre pårørende delta. Skalaen integreres i pleiejournalen.

3. Ikke kryss av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet

Det er ikke nødvendig å finne svar på alle deler av skalaen, særlig ikke overfor en ukjent pasient hvor man ikke kjenner alle data (spesielt på det psykososiale plan.) Ved for eksempel koma, registreres bare legemlige fakta.

4. Rutiner

Re-evalueringen bør finne sted to ganger daglig inntil lindring av smertene; videre registrering er avhengig av den enkeltes situasjon. I forkant av behandling er det viktig å ha resultatene fra DOLOPLUS i pleiejournalen (på lik linje med temperatur og blodtrykk) dermed kan man kartlegge plagene og igangsette egnet behandling.

5. Ikke sammenlign resultatene til ulike pasienter

Smerte er subjektivt. Sammenlikning av poengsum pasienter imellom har derfor ingen hensikt. Kun pasientens individuelle utvikling er av interesse.

6. Ved tvil; ikke nøl med å sette i gang en testbehandling med smertestillende tiltak

En skåre lik eller over 5 av 30, antyder smerte. I tilfeller med nærliggende poengsummer, bør man la tvilen komme pasienten til gode. (Hvis situasjonen forandres ved smertestillende tiltak, vil smerte være påvist).

7. Skalaen avdekker smerte; ikke depresjon, uselvstendighet eller kognitiv funksjon

Det finnes passende måleinstrumenter for alle symptomer, men det er viktig å forstå at man her prøver å fange opp atferdsforandringer knyttet til eventuell smerte; punkt 6 og 7 evaluerer bare smerte, ikke grad av selvstendighet.

8. Ikke bruk DOLOPLUS 2 - skalaen i alle tilfeller

Hvis pasienten er kommunikativ og samarbeidsvillig, er det naturlig å bruke instrumenter for selvrapporing. Dersom smerte er innlysende, er det viktigere å lindre enn å evaluere. Likevel, hvis det er noen som helst tvil, er det bedre med en DOLOPLUS evaluering enn en undervurdering av pasientens smertetilstand.

1

¹ Vedlagt med tillatelse av Jacob C.Hølen, Seniorrådgiver i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, region Midt-Norge. Forsker på smertemålinger. NTNU. Telefonsamtale 19.02.09.

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere



VAS skala hentet 19. februar 2009 fra

<http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html#anchor562365>

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere



Ansiktsskala hentet 19. februar 2009 fra

<http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html#anchor562365>

Smertekartlegging hos demente sykehjemsbeboere

Dato . . 200 Pasientnummer

Checklist of Nonverbal Pain Indicators - norsk utgave

Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv kryss i den aktuelle kolonnen til høyre dersom atferden opptrådte et kort øyeblikk i hvile/ro eller ved bevegelse/aktivitet. Sett ring rundt atferden som best beskriver hva som ble observert. Beregn skåre ved å legge sammen antall kryss i kolonnene. Hvis ingen kryss, sett 0.)

	I hvile/ro	Ved bevegelse
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", hakeslepp, fordreid uttrykk)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, bord eller annen gjenstand)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
5. Gnir eller masserer det affiserte området	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylydte klager: verbale uttrykk (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser banningord eller eder eller roper i protest "stopp", "det er nok".)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Skåre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tid (tt:mm)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Situasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Feldt, K.S. (2000). Checklist of Nonverbal Pain Indicators. Pain Management Nursing, 1(1), 13-21.

Norwegian translation by: Harald A.Nygaard, dr. med., Professor of Geriatric Medicine, University of Bergen, Norway, med tillatelse av Karen Feldt.
Adaptert utgave ved Karen Bjoro.

15643

