

BESTPRACTICE

SÆRTRYKK

Dette særtrykk
av BestPractice
nr. 10, mai 2012,
3. årgang,
er trykket
med tillatelse
fra BestPractice

Smertekartlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon

FAGLIG DIALOG MELLOM SPESIALISTER

Smertekartlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon



Av Karin Torvik,
RN, ph.d, forsker,
Senter for omsorgsforskning,
Midt-Norge,
førsteamanuensis,
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Demenssykdommer øker med økende alder og med den estimerte endringen i befolkningen vil en forvente at antall personer med demens vil øke fra 70.000 i 2009 til ca 160.000 i 2050.¹ Studier viser at 80% av alle norske sykehjemspasienter har nedsatt kognitiv funksjon, og selv om dette som oftest skyldes en demenssykdom, er det mange sykehjemspasienter som ikke blir utredet for sin sviktende kognitive funksjon.^{1,2,3,4} Når demenssykdommen utvikler seg, opptrer det svikt i hukommelsen, redusert evne til abstrakt tenkning og forandring i språkferdigheter, blant annet evne til å uttrykke smerte.

Smerte er et dominerende symptom ved mange sykdommer med høy forekomst hos eldre, for eksempel beinskjørhet, slag, kreft, slitasjegikt, angina og benbrudd.^{5,6,7} Studier viser at smerte øker med økende alder og at smerte hos eldre underrapporteres av både helsepersonell og pasienter.^{8,9} Både helsepersonell og den gamle selv tror at smerte er noe som hører alderdommen til, og mange eldre klager derfor ikke over smerte. Mange eldre rapporterer ikke sin smerte fordi de ikke ønsker å være til besvær for helsepersonell. Eldre kan også være redd for at smerten er symptom på alvorlig sykdom, eller de ønsker at helsepersonell skal fokusere på andre plager. I tillegg kan eldre også ha problemer med å rapportere smerte på grunn av språkproblemer etter for eksempel slag eller på grunn av alvorlig demenssykdom.⁸

Smerte er definert som "en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade".¹⁰

Smerte er en universell, men også en personlig opplevelse. Universell fordi de fleste har opplevd smerte, men personlig fordi det er bare er den som opplever smerte som kjenner smertens karakter og intensitet. IASP påpeker også at smerte er et sammensatt fenomen som inneholder både en sensorisk komponent (sanslig) og en emosjonell komponent. I tillegg har den også en kognitiv komponent, personens evne til å forstå og tolke smerteopplevelsen. IASP påpeker også at smerte ikke er avhengig av at personen kan rapportere sin smerte verbalt. Smerterapportering kan være både verbal og non-verbal, og det er helsepersonells ansvar å observere og tolke den eldre non-verbale smerterapportering.

Forekomsten av smerte øker med økende alder og skrøpelighet. I en stor norsk studie ble det funnet at 19% mellom 18 og 39 år, 27,5% mellom 40 og 59 år og 31% i aldersgruppen 60 til 81 år rapporterte kroniske smerte.⁹ Blant sykehjemsbeboere i Norge er det funnet en smerteforekomst på ca. 50% blant pasienter som kan selvrapporere smerte.^{4,7,11} Studier viser også at eldre med nedsatt kognitiv funksjon får mindre potente smertelindrende medikamenter, rapporterer sjeldnere smerte og rapporterer lavere smerteintensitet. Det er imidlertid ingen forskjell på sykdommer som er forbundet med smerte hos personer med nedsatt kognitiv funksjon sammenlignet med personer med god kognitiv funksjon.^{4,5}

Det er ingen entydige resultater angående smerteterskel hos eldre, men studier viser at eldre har økt smerteterskel for viscerale smerter.^{12,13,14} Nevrofysiologiske

studier viser også at de ulike demenssykdommene kan påvirke smerteopplevelsen til personen med demens.¹⁵

Selvrapporing

Fordi smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse er selvrapport den eneste smertemålingsmetoden. Alle andre metoder gir kun et estimat, og det er ikke mulig å overprøve personers subjektive smerteopplevelse. Studier viser også at kognitiv funksjon ikke er entydig når det gjelder evne til å selvrapporere smerte. Det er derfor viktig å prøve selvrapporing på alle personer, uavhengig av personens kognitive funksjon.^{16,17,18}

Smerteintensitet er det mest brukte smertemålet. Studier viser at eldre med mild og moderat nedsatt funksjon kan selvrapporere smerte ved hjelp av en nummerskala (NRS) og verbal skala (VRS).^{16,18} Begge skalaene er lettere å bruke for eldre med nedsatt kognitiv funksjon hvis de er vertikale (smertetermometer), men begge forutsetter abstrakt tenkning.¹⁶ Closs¹⁸ viste i sin studie at noen flere greier å selvrapporere smerte ved hjelp av NRS og VRS hvis en repeterer forsøkene. I sin studie viste også Closs¹⁸ at personer med alvorlig kognitiv svikt (Mini Mental State examination (MMSE) skår under 10) kan selvrapporere smerte. I denne gruppen var det imidlertid flere som kunne selvrapporere ved hjelp av VRS sammenlignet med NRS. Median MMSE-skår på personene som ikke kunne selvrapporere ved hjelp av VRS var 2,3 (SD 3,6) versus NRS 4,9 (SD 6,3).

Observasjonsbasert smertekartlegging

Ved tiltakende kognitiv funksjonssvikt avtar pasientens evne til å selvrapporere smerte. Hvis personen ikke er i stand til å selvrapporere, må en bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy. Det er mange verktøy å velge mellom, og de ulike verktøyene har sine styrker og svakheter. De fleste verktøyene baserer seg på smerteobservasjonene som er identifisert av American Geriatrics Society (AGS).¹⁷ I følge AGS er de viktigste adferdsobservasjonene som kan indikere smerte hos non-verbale personer: Observasjoner av

forandring i ansiktsuttrykk, verbalisering, vokalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status. Vi har 3 ulike observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som er på norsk og validert i ulike grupper eldre.

Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer (CNPI)¹⁹ er oversatt av Nygaard og Engedal og prøvd ut i et utvalg med 46 sykehjemspasienter i Norge. Test – retest mellom ulike profesjonsgrupper var moderat (Spearman's korrelasjon $0,4 < \kappa \leq 0,6$) eller god (Spearman's korrelasjon $0,6 < \kappa \leq 0,8$). De ansatte rapporterte at instrumentet var enkelt å bruke og raskt å fylle ut. CNPI ble utviklet til å kartlegge postoperative smerter til non-verbale pasienter etter lårhalsbrudd.²⁰ Det mangler derfor kartlegging i forhold til forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status. CNPI kartlegger kun om smerte er til stede eller ikke.

Doloplus-2 er et smertekartleggingsverktøy som er oversatt av Hølen og kollegaer og har vært testet i 3 norske studier med utvalg fra sykehjemspasienter.^{21,22,23} Studien fra 2005 viste tilfredsstillende validitet når en sammenlignet Doloplus-2 med ekspertskår. Studie 2 (2007) viste lavere validitet med samme design. Studien fra 2010 viste at en fant en signifikant økning i forekomsten av smerte når en brukte Doloplus-2 (67,5%) sammenlignet med subjektiv evaluering (52%) (samme sykepleier skåret begge gangene). Verktøyet er utviklet for å måle smerte hos non-verbale pasienter og kartlegger derfor alle forhold som er anbefalt av AGS.²⁴ Doloplus-2 kartlegger kun om smerte er til stede eller ikke.

MOBID-2 er et kartleggingsverktøy som er utviklet av norske forskere.²⁵ Instrumentet er validert i to ulike studier og viser høy reliabilitet og validitet.^{25,26} Helsepersonell kartlegger smerte under systematiske øvelser/mobilisering med pasienten. Smerteadferden kartlegges i forhold til ansiktsuttrykk, verbalisering, vo-



kalisering og kroppsbevegelser. I tillegg kartlegges smerteintensitet under de ulike bevegelsene og lokalisasjon.

Systematisk kartlegging av smerte ved hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er et nyttig hjelpemiddel for å identifisere smerte hos pasienter uten språk. I tillegg må smerte kartlegges både i hvile og under mobilisering. Det er også viktig at helsepersonell bruker sin kliniske erfaring og kjenner pasienten godt fordi ulik adferd kan ha ulik betydning hos den enkelte pasienten. Smertekartleggingsverktøy er testet ut ved å måle smerteadfærd på gruppenivå, men pasienter uten språk er ikke en homogen gruppe og pasientene kan ha ulik måte å uttrykke smerte på ("smertesignatur"). Hvis en er i tvil kan en eventuelt prøvemedisinere pasienten med smertelindrende medikamenter. ■



KONKLUSJON

Smerte er en personlig og sammensatt opplevelse og kan kun måles ved selvrapporing. Selvrapporing med NRS er førstevalg, deretter selvrapporing med VRS. Observasjonsbasert kartleggings skjema skal bare brukes til personer som ikke kan selvrappore smerte. Observasjonsbasert kartlegging må imidlertid alltid suppleres med klinisk evaluering.

Referanser

1. Engedal K, Haugen PK. Demens fakta og utfordringer. En lærebok. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse, 2009.
2. Nygaard HA, Naik M, et al. Mental impairment in nursing home residents. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3113-3116.
3. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry 2007;Sep;22(9):843-849.
4. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain in patient living in Norwegian nursing homes. Palliative Medicine 2008;23(1):8-16.
5. Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. Pain Res Manag 2001;6(3):119-125.
6. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. Eur J Pain 2004 Dec;8(6):555-565.
7. Nygaard H, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? Int J Geriatr Psychiatry 2005 Aug;20(8):730-737.
8. Miaskowski C. The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. Pain Management Nursing 2000;1(3):2-7.
9. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged and older adults. Clin J Pain 2005;21(6):513-523.
10. IASP 2008. IASP definition of pain. Retrieved 28.10.2008.
11. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. UNIMED Helsetjenesteforskning. Trondheim, SINTEF, 2003.
12. Catananti C, Liperoti R, Settanni S, Lattanzio F, Bernabei R, Fialova D, Landi F. Heart failure and adverse drug reactions among hospitalized older adults. Clin Pharmacol Ther 2009 Sep;86(3):307-310.
13. Gagliese L, Farrell M. The neurobiology of aging, nociception and pain: an integration of animal and human experimental evidence. In pain in older persons. Progress in pain research and management (Gibson SJ & Weiner D eds.). IASP Press, Seattle, 2005.
14. Gibson S, Farrell M. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and perceptual experience of pain. Clin J Pain 2004;20(4):227-239.
15. Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. Lancet Neurology 2003;2:677-686.
16. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nursing 2011;12(4):230-250.
17. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee PA, Rudy TE, Beattie BL, Chinball JT, Craig KD, Ferrell B, Fillingim RB, Gagliese L, Gallagher R, Gibson SJ, Harrison EL, Katz B, Keefe FJ, Lieber SJ, Lussier D, Schmader KE, Tait RC, Weiner DK, Williams J. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain 2007;23(1 Supp)1-43.
18. Closs S, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. J Pain Symptom Manag 2004;27:196-205.
19. Nygaard HA, Jarland M. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. Age and Ageing 2006;35(1):79-81.
20. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. J Am Geriatr Soc 1998;46:1079-1085.
21. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. Palliative Medicine 2005;19:411-417.
22. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjørnstad MJ, Loge JH, Kaasa S. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? BMC Geriatrics 2007;19(9):27.
23. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold S, Saltvedt S, Hølen JC, Fayers P, Rustøen T. Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. BMC Geriatrics 2010;10:9.
24. Lefebvre-Chapiro S. The Doloplus-2 scale - evaluating pain in the elderly. Eur J Palliat Care 2001;8:191-194.
25. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia pain scale (MOBID): Development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. J Pain Sympt Manag 2007;34(1):67-80.
26. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. Scand J Caring Sci 2010;24(2):380-391.