

Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang

Liv-Berit Knudsen og Toril Agnete Larsen

Førstelektor Liv-Berit Knudsen, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultetet, Universitetet i Tromsø, E-post: liv-berit.knudsen@uit.no,

Førstelektor Toril Agnete Larsen, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultetet, Universitetet i Tromsø, E-post: toril.agnete.larsen@uit.no

Sammendrag

Litteraturgjennomgangen omhandler forskningsbasert kunnskap som er utviklet om smerte- og smertevurdering hos pasienter med og uten demenssykdom i sykehjem. Søk i elektroniske databaser med søkeordene "pain", "pain assessment", "dementia", "nursing homes" er gjennomført. 28 vitenskapelige artikler er analysert. Flest studier har kvantitativ tilnærming. Hovedtemaene er; smerte, smertevurdering og utprøving/validering av smertevurderingsskjema. Prevalens av smerte varierte fra 47 – 88 %. Sammenheng mellom smerte og diagnoser, og smerte og atferdsuttrykk er påvist. Sykehjemsbeboere har samme smerteintensitet. De med demenssykdom får foreskrevet mindre smertestillende medikamenter. Personalet avdekket i mindre grad smerte hos pasienter med demenssykdom. Kjennskap og relasjon til beboer har betydning. Verbale selvrappoteringskjema er anbefalt. Mange observasjonsskjema for personer med demenssykdom er validert, men mer utprøving trengs. Smerteutfordringene i sykehjem er komplekse. For å avdekke smerte hos personer med demenssykdom trengs ulike tilnæringsmåter, kunnskap om sykdomstilstander, kjennskap til pasientens levde liv, og at valide smertevurderingsskjema benyttes. Ytterligere forskning er nødvendig.

Referee *

Nøkkelord

Smerte, smertevurdering, demens, sykehjem

Innledning

Smerte som fenomen har opptatt oss lenge. Interessen har sammenheng med erfaringer som sykepleiere, lærere i helsefag-utdanninger og prosjektledere for det

Nasjonale undervisningssykehjemsprosjektet i Tromsø (USP).

Ved oppstart av USP i 2000 gjennomførte vi en beboerundersøkelse som viste at de vanligste sykdommene var demens, angst

og depresjon. Omlag 85 % av pasientene hadde hukommelsesproblemer, og 59 % var utredet og fått en demensdiagnose (Larsen og Knudsen 2006). Anslått prevalens av demenssykdom i norske sykehjem er om lag 75 % (Engedal 2005). Diagnostisert demens i beboerundersøkelsen ligger under anslaget, men mange pasienter var ikke utredet. Personalet vurderte at 19,4 % av pasientene i stor grad var preget av smerter, og 40,7 % i noen grad. Det ble registrert 894 medikamentforskrivninger (en preparatoppføring for fast og ”ved behov” medikasjon) av medikamenter. Paracet var det hyppigst foreskrevne medikament, og mest brukt som eventuelt medisin. I tillegg var Sobril, Paralgin forte, Albyl-e og Nitroglyserin hyppig foreskrevet (Larsen og Knudsen 2006). I American Geriatrics Society (2002) framkommer det at svært mange sykehjemspasienter (45-80 %) klager over smerter, og tallet samsvarer med personalet i USP sine vurderinger.

Våre erfaringer fra sykehjemmet gjorde at vi var spørrende til om flere pasienter hadde smerte uten at det ble avdekket. Vi så i liten grad systematisk smertevurdering hos pasienter med mangelfunn språkevne og endret atferd på grunn av demenssykdom. Vi stilte oss spørrende til om personalet hadde tilfredsstillende kunnskap for systematisk identifisering og kartlegging av smerte, og da spesielt hos personer med manglende språkevne og langtkommet demenssykdom. I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2007:61) hevdes det at ”*manglende evne til å identifisere smerter hos personer med demens er åpenbart en viktig årsak til underbehandling*”. Videre uttrykkes det at personer med alvorlig demenssykdom ofte kan oppleve samme type symptomer på smerter i siste livsfase som kreftpasienter, men dette er knapt nok undersøkt i Norge. Våre erfaringer gjør at vi også stiller spørsmål ved om personalet har nødvendige verktøy for kartlegging av

smerte hos sykehjemspasienter generelt, og spesielt hos personer med langtkommet demenssykdom. I så fall vil faren for underbehandling være stor. På denne bakgrunn mener vi at det er behov for å sette søkelys på smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter generelt, og personer med demenssykdom spesielt.

Smerte kan beskrives som en sanseopplevelse relatert til skade, tilstand og sykdom, men kan også være en persons opplevelse uten at det foreligger en klar årsak. Smerte kan være et symptom på sykdom og en sykdom i seg selv (Rustøen 2006). The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som “*an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*” (Merkey og Bogduk 1994:210). Definisjonen fokuserer på subjektiv og ubehagelig erfaring knyttet til skade. McCaffery og Beebe (1998:28) definerer smerte som “*det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte*”. Erfart smerte vektlegges i definisjonene, men forutsetter personens evne til å uttrykke den.

Sykehjemspasienter har et sammensatt sykdomsbilde, og de kan ha mange smertefulle lidelser som kan gi et komplekst smertebilde som det kan være vanskelig å avdekke. Å få tilgang til personer med demenssykdom sine smerter har vært vanskelig. Demenssykdom graderes som mild, moderat og alvorlig. I løpet av demensutviklingen svekkes språk, tenkeevne og forståelse, og derved mulighet til å uttrykke smerte verbalt (Engedal 2005). Kaasalainens (2007:7) definisjon av smerte fanger både personers subjektive erfaring, og åpner for at smerteerfaring kan kommuniseres med ord og nonverbalt gjennom atferd: “*Pain is an unpleasant subjective experience that can be communicated to others though self-report then possible or through a set of*

pain-related behaviours”. Definisjonen er hensiktsmessig for personer med mangelfull språkevne. Dens begrensning er at den forutsetter observasjon og tolkning av atferd, noe som kan være flertydig.

Den vanligste inndelingen av smerte er ut fra varighet og tidsaspekt (akutt, kronisk, intermitterende), årsak, lokalisasjon, intensitet og fysiologiske mekanismer (Stubhaug og Ljoså 2008). Kartlegging og vurdering av smerte hos eldre kan omfatte; smertestatus, mulig årsak, uttrykt ubehag her og nå og i løpet av dagen, smertemønster, smertelokalisasjon og smertens påvirkning på dagligliv, og hva som lindrer. Selvrapporing og bruk av ulike skalaer anbefales når pasienten er i stand til å uttrykke smerte. Det skilles mellom endimensjonale og flerdimensjonale skalaer (ibid). I tillegg kan observasjonsskjemaer benyttes hos personer med manglende språkevne eller alvorlig grad av demens (American Geriatrics Society 2002), samt kliniske undersøkelser.

Hensikten med denne studien er å gi en oversikt over hvilken forskningsbasert kunnskap som er utviklet om smerte- og smertevurdering hos pasienter i sykehjem generelt, og med spesiell vekt på personer med demenssykdom. Videre vil vi drøfte relevante måter å avdekke smerter på, og peke på vurderingsverktøy som kan benyttes i norske sykehjem.

Problemstillingen som søkes besvart er: Hva omhandler forskning om smerte- og smertevurdering i sykehjem?

Metode

Vi har gjennomført systematisk review, her forstått som en subjektiv skjønnsmessig disiplin, som innebærer ”engagement between resisting readers and resistant texts” (Sandelowski 2008:104).

Problemstillingen er konkretisert i følgende spørsmål:

- Hvem har utført forskningen og i hvilke land?
- Hvilke forskningsmetoder er benyttet?
- Vurdere om det avklares en smerteforståelse.
- Hvor utbredt er smerter hos pasienter som bor i sykehjem, og hos pasienter med demenssykdom?
- Hvordan kan smerte avdekkes og vurderes?
- Hvilke smertevurderingsskjema anvendes og anbefales?

Et utvidet litteratursøk ble gjennomført online, i databasene CHINAL, Ovid nursing, Medline og Embase i november 2008, og enklere søk i databasene SveMed, NorArt, og tidsskriftsbasene til Tidsskrift for den Norske Legeforening, Vård i Norden og Klinisk sygepleje i februar 2009. Vi søkte i internasjonale fagfelleverderte forskningsartikler for tidsperioden 1998 – november 2008. Databasene ble valgt fordi de er relevante for helsepersonell.

I utgangspunktet var vi opptatt av smerter hos personer med demenssykdom i sykehjem, og søkeordene preges av dette. Søkeord var: ”pain”, ”pain assessment”, ”dementia”, ”nursing homes” og alder > 65 år. Vi søkte først på ”chronic pain”, men det ga få treff, og derfor ble ”pain” valgt. Søkeordet ”dementia” ble valgt for å inkludere ulike demenssykdommer. Flere og andre søkeord samt søk i andre databaser, kunne gitt andre artikkeltreff.

Utvalgsriterier ble valgt ut fra studiens hensikt. Fagfelleverderte artikler ble prioritert og reviewartikler ble utelatt. En pilotstudie fra Norge ble inkludert fordi denne refereres til i aktuell litteratur om temaet. Etter som vi var opptatt av smerte- og smertevurdering ble artikler hvor hovedfokus var medikamenthåndtering

utelatt. Valg av artikler bygger på våre språklige forutsetninger, og ekskluderte land og verdensdeler er begrunnet ut fra kulturelle forskjeller (tabell 1).

Søkeordene ble brukt hver for seg, koblet sammen og relatert til valgte aldersgruppe og tidsperiode. Koblede søk i valgte databaser ga færre treff enn søk i databasene enkeltvis som ga 73 treff. Artiklenes abstrakter ble vurdert av oss, uavhengig av hverandre ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene (tabell 1). Lesing av artiklene viste at flere studier ikke skilte mellom sykehjemspasienter med og uten demens. Vi valgte derfor å ta med artikler innenfor studiens hensikt som omhandlet sykehjemsbeboere både med og uten kognitiv svikt.

Begge forfatterne valgte ut de samme 47 abstrakter, hvorav 13 var overlappende i baser. Vi stilte spørsmål ved fire artikler som etter vurdering ble ekskludert ut fra at de omhandlet utprøving av medikamenter, ikke var skrevet på engelsk eller nordisk språk eller var reviewartikkel. Artiklene ble lest og vurdert på nytt og ytterligere to artikler ble utelatt fordi forskningen var utført i et asiatisk land. Utvalget ble 28 artikler.

Artiklene ble analysert og vurdert i lys av relevans for klinisk praksis og kontekstuelle forhold (Kirkevold 2002). Artiklene (tabell 2) ble lest og resymert som grunnlag for utvikling av kategorier, og påfølgende syntese. Analysen ble gjennomført ut fra våre spørsmål for denne artikkelen. Gjennom analysen utkrystalliserte tre temaer seg, 1) omfang av smerte hos eldre i sykehjem, 2) kartlegging og vurdering av smerte, og 3) utprøving og validering av smertevurderingsskjema. Vi har sett på om forfatterne redegjør for smerteforståelse. Det har betydning for tolkning av resultatene.

Resultater

Her presenteres resultatene med utgangspunkt i våre konkrete spørsmål knyttet til problemstillingen.

Hvem har utført forskningen, i hvilket land og type institusjon?

I halvparten av studiene var forskernes yrkesbakgrunn oppgitt. Det var flest leger, dernest sykepleiere. Studiene var gjennomført i Australia (2), Nord-Amerika (14), henholdsvis 11 i USA og 2 i Canada. I Europa var 12 av studiene gjennomført i Storbritannia (1), Belgia (1), Nederland (3), Norge (4), Sverige (2) og Tyskland (1). En (1) studie var gjennomført både i sykehjem og hjemmetjeneste. Resterende studier var gjennomført i sykehjem eller boenhet for eldre, og seks i enheter for personer med demens.

Metode og utvalg i analyserte artikler

Intervju, observasjon, utprøving og vurdering av skjema og bruk av ekspertgruppe er de mest anvendte metodene. Intervju var benyttet for pasienter som kunne kommunisere verbalt, personell og pårørende. Disse tok gjerne utgangspunkt i ulike smertevurderingsskjema for selvrapporing, og var også brukt i kombinasjon med observasjon. For pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt benyttet personalet observasjon, og som oftest med utgangspunkt i smertevurderingsskjema. Skjemaene skulle enten utvikles, var under utvikling eller skulle valideres. I tillegg ble bevegelsesanalyse med observasjon og intervju benyttet, rangering av smerte ut fra skjema og legeeksaminasjon. Én studie var basert på sekundæranalyse av Minimum Data Set (MSD), som er et standardisert verktøy for

å vurdere funksjonsevne av beboere, i kombinasjon med sykepleievurdering. Én studie var basert på sekundære data om smerte hentet fra årlig MSD registrering (se tabell 2).

I studier hvor pasienter inngikk ble de som oftest utredet for demenssykdom og kognitiv funksjon, og bakgrunnsinformasjon (eksempelvis sivil status, yrke, bolig, økonomi) ble innhentet. I noen studier undersøkes andre tilstander som kan være symptom på smerte eller kognitiv funksjonssvikt.

Tabell 2 viser at resultatene i de fleste studiene ble analysert kvantitativt. I fire studier benyttes både kvalitative og kvantitative analyser, og i én benyttes kvalitativ analyse. I 18 studier var utvalget sykehjemsbeboere, i sju studier pasienter og personell, i to personell, og en studie inkluderte pasienter, personell og pårørende. Antall beboere varierte fra 42 til 27 716 personer i de ulike studiene. Antall personell varierte mellom 49 og 185, og var ikke oppgitt i to av studiene.

Pasienters alder var utvalgs-kriterium i 11 studier; henholdsvis over 65 år (7) og over 60 år (4). I artiklene ble alder oppgitt som "mean age", "median age" eller anslås som midt i 80 årene. Lavest opplyste mean age var 78,5 år, og høyeste 87 år. "Median age" var mellom 82 og 89 år. Kvinner var i flertall, og eldre enn menn.

Smerteforståelse

Definisjon av smerte presenteres i to artikler (Schuler et al. 2007, Cohen-Mansfield og Creedon 2002). I de øvrige artiklene utdypes tidligere forskning, uten at forskernes smerteforståelse ble definert eksplisitt. I en artikkel (Abbey et al. 2004) presenteres et ønske om å utvikle et holistisk vurderingsinstrument for smerte, uten at det konkretiseres hva det innebærer.

I 26 artikler uttrykkes smerteforståelsen implisitt. Flere var opptatt av de konsekvenser smerter kan ha for personer i sykehjem og hvordan de påvirker livssituasjonen, depresjon og funksjonsnivå. Likeledes framgår det at smerte som en subjektiv opplevelse vektlegges, og at selvrappotering er å foretrekke.

Hvor omfattende er problemet smerte i sykehjem, og hos personer med demens?

Av de 28 studiene omhandlet 12 smerte hos eldre med og uten demenssykdom i sykehjem. Prevalens av smerter hos sykehjemsbeboere generelt varierer mellom 47 - 88 % i studier fra Sverige, Canada og Norge (Axelsson et al. 2000, Proctor og Hirdes 2001, Nygaard og Jarland 2005 a). En studie viste ingen forskjell i smerteintensitet og smertediagnoser hos pasienter med alvorlig demens og andre stadier av demens (Husebo et al. 2008), og flere studier viste ingen signifikant forskjell i smerteforekomst hos pasienter med og uten demenssykdom (Proctor og Hirdes 2001, Sawyer 2007, Closs et al. 2004). Om lag 50 % av sykehjemspasienter i Norge hadde kroniske smerter (Nygaard og Jarland 2005 b). Forekomst av substansiell smerte (moderat eller mer) varierte mellom pasienter i ulike sykehjem, fra 0-54 % i en studie fra USA (Sawyer 2007). Variabelen selvrappotert smerte i øyeblikket og opplevd daglig smerte viste lavere prevalens enn variabelen forekomst av smerte generelt (McClellan og Higginbotham 2002, Proctor og Hirdes 2001, Sawyer 2007, Shega et al. 2004). I en svensk studie (Blomqvist og Hallberg 2000) rapporterer 77 % hyppig smerte.

Kvinner rapporterte smerte oftere enn menn. Pasienter assosierte ikke nødvendigvis smerte med diagnose (McClellan og Higginbotham 2002).

Pasienter med kontrakturer uttrykte alltid smerte (Axelsson et al. 2000). Forekomst av smerte hos pasienter med kognitiv svikt, hypertensjon og diabetes var høyere enn hos pasienter uten disse diagnosene (Achterberg et al. 2007b). Det ble funnet sammenheng mellom smerte og dysfunksjonell atferd (Cipher et al. 2006). Det var en forskjell i rapportering av smerte ut fra type avdelinger. På psykiatriavdeling med mange pasienter med demenssykdom, ble det rapportert mindre smerte (57,8 % og 53,9 %) sammenlignet med rehabiliteringsavdeling og somatisk avdeling (Achterberg et al. 2007a).

Kartlegging og vurdering av smerte

Av 28 artikler har 10 fokus på kartlegging og vurdering av smerte. Det kan bety at pasienten selv rapporterer smerte eller at andre gjør smertevurdering (personell, andre eldre eller pasient).

Det var manglende samsvar mellom pasienters rapportering av smerte og hvordan personalet vurderte den. Hos pasienter med kronisk smerte var det samsvar i 77 % av tilfellene (Nygaard og Jarland 2005b). I de fleste tilfeller rapporterte pasientene mer smerte enn det sykepleieren vurderte at sykehjems-pasienten hadde. Misforholdet var størst når personen led av kognitiv svikt (Nygaard og Jarland 2005a, Blomqvist og Hallberg 2000). Personalet var i stand til å identifisere smerterelaterte adferdsformer hos personer som manglet verbalt språk (Weiner et al. 1999, Cohen-Mansfield og Creedon 2002), men både leger og sykepleiere hadde vanskelig for å gjenkjenne hva smerteuttrykket innebar og viste usikkerhet med hensyn til nøyaktighet av smertevurdering, diagnose og behandling, spesielt hos personer med demens (Kaasalainen et al. 2007).

Smerteintensitet var spesielt vanskelig å vurdere (Weiner et al. 1999).

Sykepleiere relaterte smerte til diagnose, mens pasientene ikke gjorde det (Nygaard og Jarland 2005b). Eldre beboere og sykepleiere beskrev smerteatferd forskjellig. Eldre brukte andre ord som endring i sinnsstemning, oppfattelse, ansiktsuttrykk og psykologisk respons oftere. Sykepleierne beskrev pasientenes bevegelser, kroppsuttrykk og ikke-språklige tegn som uttrykk for smerte (Blomqvist og Hallberg 2000).

Når smerte ble identifisert var det ikke nødvendigvis slik at beboerne fikk smertebehandling. Om lag halvparten av de som hadde smerte fikk foreskrevet smertestillende medikament (Axelsson et al. 2000, McClean og Higginbotham 2002). Foreskriving av smertestillende var lavere hos pasienter med demensdiagnose enn for øvrige pasienter, og de som fikk foreskrevet opiat hadde høyere kognitiv funksjon (Closs et al. 2004). Personer med sammensatt demens som fikk opiat hadde mer smerte enn mentalt friske. Personer med demenssykdom som fikk opiat hadde høyere smerteintensitet, men fikk mindre smertebehandling enn personer uten demens (Husebo et al. 2008).

Smerte ble ikke tilstrekkelig identifisert og dokumentert. Pasienters smerte ble dokumentert daglig hos 27 % av pasientene (Axelsson et al. 2000), og det var lite samsvar mellom pasienters rapportering av smerte og nedtegnelser i journal (McClean og Higginbotham 2002).

Smertevurderingsskjema – utprøving, validering og nytte

Av 28 artikler omhandlet 12 nytte, utprøving eller validering av skjema for selvrapporing og observasjon.

En rekke skjema som tidligere er validert for voksne ble vurdert for å se om de kunne benyttes for sykehjemsbeboere generelt og personer med demenssykdom spesielt. Tabell 3 viser hvilke smertekartleggingsmetoder som ble benyttet, og hva de enkelte smertevurderingsskjemaer måler.

Bruk av smertevurderingsskjema var å foretrekke i smertevurdering hos sykehjems pasienter framfor enkle spørsmål om smerte til pasienten (Kamel et al 2001). Ved bruk av endimensjonale skalaer for selvrappotering av smerte/smerteintensitet benyttes beskrivelsen fra ”ingen” til ”verst tenkelig”. En krysset av på en horisontal eller vertikal linje med tall eller ord, en kombinasjon av ord og tall, eller med ansiktsbilder. Skala som Visual Analogue Scale (VAS), Face Pain Scale (FPS), Visual Deskriptive Scale (VDS), Verbal Rating Scale (VRS), Numeric Rating Scale (NRS) kan brukes til selvrappotering for sykehjemsbeboere (Kamel et al 2001, Axelsen et al 2000). VRS var det skjemaet som kunne benyttes hos flest sykehjemsbeboere (61 %) (Axelsson et al 2000). For å kartlegge smerte anbefales å bruke intervju hvor smertevurderingsskjema inngår og observasjon i aktivitet (ibid). Éndimensjonale selvrappoteringskjemaer som FPS, NRS og Present Pain Intensity (PPI) Scale er funnet valide og har stor reliabilitet for personer med ingen eller mild demens.

Et flerdimensjonalt, modifisert selvrappoteringskjema; Geriatric Pain Measure (GMP-M2) som måler ulike aspekter ved smerte var validert for bruk ved ulik grad av kognitiv svikt og diagnoser forbundet med kronisk smerte (Fisher et al. 2006). For pasienter med moderat demenssykdom er verbale skalaer i kombinasjon med observasjonsskjema å foretrekke (Kaasalainen og Crook 2003).

The Abbey Pain Scale ble modifisert og validert for personer med alvorlig demens. En fant tilfredsstillende validitet og intern reliabilitet, men ytterligere testing anbefales (Abbey et al. 2004).

Det tyske Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-G) hadde god reliabilitet for avdekking av smerte hos personer med Alzheimers sykdom (Schuler et al. 2007). Skjemaet Pain Assessment for the Dementia Elderly (PADE) ble vurdert reliabelt og valid til bruk hos eldre personer med demens i langtidspleie (Villanueva et al. 2003). I en sammenlignende studie ble to skjemaer vurdert; Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons (PAINE) og Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (Cohen-Mansfield 2006). PAINE hadde adekvat intern konsistens og reliabilitet (ibid).

I en pilotstudie ble Doloplus-2 oversatt fra fransk og validert til norske forhold for personer med demens (Hølen et al. 2005). Validitet og klinisk verdi ble vurdert som tilfredsstillende. Innholdet i skjemaet trenger generell evaluering, spesielt relatert til psykososiale områder.

Sykepleiere evaluerte skjemaet Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) som for omfattende i klinisk bruk, og skjemaet ble redusert fra 60 til 24 punkter (PACSLAC-D). Det nye skjemaet hadde høyt nivå av elementkonsistens og sosialemosjonelt område spilte en signifikant rolle for å avdekke smerte (Zwakhaleh et al. 2007).

Personalet vurderte nytten av to observasjonsskjemaer med adferdsindikatorer i klinisk arbeid for personer som ikke kunne uttrykke smerte verbalt. Abbey Pain Scale og PAIAD, ble oppfattet som nyttig av 50 % av personalet. Forskerne valgte å ikke bruke skjemaene som helhet, bortsett fra atferdskategorier

som ansiktsuttrykk, vokalisering og kroppsspråk (van Iersel et al. 2006).

Observasjonsskjemaet Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT) ble utviklet (Cervo et al. 2007), og sertifiserte sykepleieassistenter kunne benytte skjemaet etter opplæring. To observasjonsskjema; Proxy Pain Questionnaire (PPQ) og smertedelen (frekvens og intensitet) i Mini Data Set (MDS) ble sammenlignet, og skjemaet PPQ var mest sensitivt når sertifiserte sykepleieassistenter brukte dem (Fisher et al. 2002). Ved alvorlig kognitiv svikt ble observasjonsskjemaet Pain Assessment in the Communicatively Impaired (PACI) funnet nyttig for å avdekke smerte (Kaasalainen og Crook 2003).

Diskusjon

Litteraturgjennomgangen har gitt oss kunnskap om smerte- og smertevurdering både til sykehjemspasienter generelt og personer med demenssykdom spesielt. Studiene har avdekket at fenomenet smerte er komplekst, og at mange spørsmål fortsatt er uavklarte.

I flertallet av de utvalgte studiene har en vært opptatt av å få generell kunnskap om fenomenet smerte, teste hypoteser, finne årsaksforklaringer og validere smertevurderingsverktøy. At det var valgt kvantitativ tilnærming og analyse synes hensiktsmessig for å få svar på studienes problemstillinger. Gjennomgangen har i liten grad gitt oss dypere forståelse for hvordan sykehjemsbeoere forstår og opplever smerte og smertevurdering, da denne type innsikt og forståelse fordrer andre spørsmålsstillinger og en kvalitativ tilnærming. For eksempel hvordan det oppleves for personen å leve med smerte, og hvilken innvirkning det har på dagliglivet og relasjonen til andre.

Prevalens av smerte varierte fra studie til studie, og mellom land. De utvalgte studiene viser at valg av smertevurderingsinstrument og hvordan de blir brukt kan ha betydning for registrert prevalens. Det ser ut til at prevalens blir høyere når en benytter flere tilnæringsmåter i kartlegging som for eksempel bruk av selvrapportering i kombinasjon med observasjon og i aktivitet (Axelsson et al. 2000). Analyse av data fra sekundære kilder viser stor forskjell av prevalens mellom sykehjem (Sawyer 2007). Resultatet sier sannsynligvis mer om forskjeller i kartlegging og dokumentasjon på de enkelte sykehjem, enn prevalens av smerte. Beboernes alder, med unntak av én av de utvalgte studiene, var over 80 år. Den høye prevalensen (47 - 88 %) viser at smerter er framtrekkende i høy alder. Kvinner rapporterte mer smerte enn menn. En kan her undres på om kvinner og menn uttrykker og opplever smerte forskjellig. Livet de har levd kan ha betydning for måten smerte erfarer og uttrykkes på.

Spørsmål om daglig smerte eller smerter i øyeblikket gir lavere forekomst både hos sykehjemspasienter og personer med demenssykdom. Det kan bety at pasienter er godt smertelindret, eller at de ikke har smerte i undersøkelsesøyeblikket selv om de har en smertefull lidelse. Litteraturstudien har gitt oss kunnskap om sammenheng mellom diagnoser/tilstander og smerte, noe som bør tas i betraktningen når smerte skal kartlegges og behandles. For eksempel hadde alle personer med kontrakturer smerter. Det var høyere forekomst av smerte hos de med kognitiv svikt i kombinasjon med hypertensjon og diabetes. Smerte påvirket atferd mer hos de med alvorlig grad av demens enn de med mild og moderat demenssykdom.

I lys av at smerteintensitet ikke var mindre hos personer med demens enn sykehjemsbeoere ellers, men at de fikk mindre smertestillende (Husebo et al. 2008), er det interessant at smertefrekvens vurderes

forskjellig på ulike sykehjemsenheter (Achterberg et al. 2007a). Vi er undrende til om dette kan være tegn på manglende kunnskap og personalets holdninger til smerter hos personer med demens. Smerteatferd ble beskrevet forskjellig av beboere og sykepleiere (Weiner et al. 1999 og Kaasalainen et al. 2007) og det var både samsvar og ikke samsvar mellom personell og pasienters vurderinger. Samsvar mellom sykepleiernes og pasientenes vurdering i 77 % av tilfellene (Nygaard og Jarland 2005b) vil statistisk være tilfredsstillende. Det betyr like fullt at mange pasienter opplever smerte uten at det blir avdekket og iverksatt behandling. Å identifisere smerte synes enklere enn å vurdere smerteintensitet. Ettersom smerte bare kan erfares av personen selv og når personale og pårørende gjenkjenner smerte gjennom smerteatferd og kroppsuttrykk, vil faren for at en overser pasientens smerte være tilstede.

Når smerteatferd skal gjenkjennes og tolkes er forforståelse og holdning avgjørende. Det synes som om eldre forstår smerten mer allment og knyttet til levd liv, mens personell tolker smerteuttrykk ut fra sykdom og tilstand. Hvis en erkjenner at smertegjenkjennelse er en kommunikativ prosess (Blomqvist og Hallberg 2000) blir personalets forforståelse og holdning til smerte sentral. Ikke overraskende er det minst samsvar i vurdering av smerte hos beboer som har alvorlig grad av kognitiv svikt. Å gjenkjenne smerteuttrykk handler i stor grad om kjennskap til beboer fordi dette har effekt på evnen til å identifisere sykdomsrelatert smerteatferd (Weiner et al. 1999). Det innebærer at når en skal kartlegge og vurdere sykehjemspasienters smerte bør smertevurderingsskjema benyttes sammen med andre tilnæringsmåter. Personell må ha god kunnskap om sykdom, smerteuttrykk, relasjoners betydning og pasienters levde liv for å kunne avdekke og behandle smerte (Cohen-Mansfield 2006). Spesielt bør en være oppmerksom på endring i

pasienters tilstand og observasjon i aktivitet.

Selvrapporteringsmetoder anbefales framfor enkeltstående spørsmål om smerte til beboerne (Kamel et al. 2001). En rekke skalaer som tidligere er utviklet og validert for andre pasientgrupper valideres for sykehjembeboere/pasienter. Validerte selvrapporterings-skjemaer kan benyttes av personer med ingen eller mild demens, men ikke for personer med alvorlig grad av demens (Fisher et al. 2006). For de som har moderat demens er selvrapportering i kombinasjon med observasjonsskjema å foretrekke (Kaasalainen og Crook 2003, Kamel et al. 2001, Axelsson et al 2000, Fisher et al 2006). Et stort antall skalaer som er valide kan gjøre det vanskelig å velge den skalaen som er best egnet for klinisk arbeid. Samtidig bør en ikke ta fra noen av sykehjemsbeboerne muligheten til selv å rapportere smerte da det er den anbefalte måten å kartlegge smerte på. Ved valg av verktøy er det viktig å velge et instrument som er enkelt å bruke og som har høy reliabilitet. Verbal ranging scale (VRS) med få variabler kan benyttes av flest sykehjemsbeboere (61 %), og anbefales. Å benytte selvrapporterings-skalaer forutsetter en komplisert mental prosess som krever at pasienten forstår oppgaven som skal utføres, at en forstår meningen av ordene som benyttes, og at en er i stand til å abstrahere ens subjektive opplevelse av smerte til tall eller ord på et papir. Ved demenssykdom kan ett eller alle trinn i denne prosessen bli vanskeliggjort fordi konsentrasjon rammes først, deretter hukommelse, tankeevne og språk. De fleste selvrapporterings-skjema bruker ”verst tenkelig” smerte som referanse, og dette krever at personen husker tidligere opplevd smerte. Hvis ikke vil svaret ha lav reliabilitet. Det anbefales derfor at en benytter metoder hvor en spør etter smerteintensiteten her å nå, og spørre personer med hukommelsesproblemer gjentatte ganger (Songe-Møller et al. 2005).

Måten en benytter skjema på vil være avgjørende. Får personen for eksempel mulighet til å vise smerte på egen kropp og deretter hjelp til å nedtegne smertested, vil en kunne bruke skjema lengre ut i demensutviklingen. Å nedtegne på skala selv eller bruke tall for å angi intensitet krever mer abstrakt tenkning enn angivelse av intensitet verbalt eller på egen kropp. Skjemaene vil bare være ett av flere hjelpemidler for å avdekke smerte. Bruk av selvrapporeringskala i samtale, undersøkelse og kartlegging i aktivitet er viktig.

Observasjonsskjema med mange variabler kan være valide uten at de egner seg til klinisk bruk (Zwahlen et al. 2007). Ønske om forenkling av skjema og validering for eget land kan forklare de mange utprøvingene og valideringsstudiene som finnes. Mesteparten av observasjonsskjemaene er i en tidlig utviklingsfase, og det understrekes behov for ytterligere utprøving. I Norge er tre skjema; CNPI, Doloplus og Mobid-2M Pain Scale (Mobid-2) utprøvd og anbefalt benyttet (Nygaard og Jarland 2006, Hølen et al. 2005, Husebø 2009), men videre utprøving anbefales. Ved observasjonsverktøy prøver en å avdekke atferdsytringer som indikasjon på smerte. Ytringene kan være flertydige og derfor vanskelig å tolke. For eksempel kan utfordrende atferd bety smerte hos noen, uttrykk for demensutvikling hos andre, eller være forårsaket av samhandlingen mellom pasient og pleier. I tillegg vil mange tilstander i alderdommen være forbundet med smerter fra muskler og skjelett, og instrumentene som benyttes bør inkludere smerteregistrering i bevegelse. Det er varierende hvor mange områder av observerbar atferd skjemaene inneholder og hvilke som indikerer smerte. Å observere endringer i uttrykk krever kjennskap til pasienten. Samtidig kan en stille spørsmål ved om observasjon av atferd gir et godt bilde på smerte hos en

annen person i og med at smerte er en subjektiv opplevelse.

Avslutning

For å avdekke smerte er det viktig å oppdage endringer hos pasienten som kan forbindes med potensiell smerte. American Geriatrics Society (2002) har utarbeidet seks hovedkategorier av smerteatferd for eldre med kognitiv svikt som kan være til hjelp når smerte skal avdekkes. Kategoriene er ansiktsuttrykk, verbalisering/vokalisering, kroppsbevegelser, forandring i menneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster/rutiner og forandringer i mental status. Hvert område har spesifikke atferdsytringer. I observasjonsskjemaene som inngår i de utvalgte studiene har de fleste vært knyttet til de tre første kategorier. For å forstå pasienters smerte er det i klinisk praksis viktig å være oppmerksom på alle seks kategoriene, benytte validerte smertevurderingsskjema som er enkle i bruk og sørge for at personalet får nødvendig kunnskap om smerte og demens, ferdighet i bruk av smertevurderingsskjema og ikke minst ha kjennskap til pasientens levde liv.

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen har vi kommet frem til nye forsknings-spørsmål som kan være interessante å arbeide videre med, og da spesielt med kvalitativ forskningsdesign.

- Hvordan opplever og beskriver personer med demens sin smerte ut fra levd liv?
- Hvilken forståelse av smerte har personalet, og hvilke atferdsuttrykk forbinder personalet med smerte?
- Hvordan kartlegges smerte hos personer med og uten demenssykdom i sykehjem i Nord-Norge?

- Hvilke tilnæringer brukes når smerte skal avdekkes (for eksempel samtale med og uten skjema)?
- I hvilken grad blir smerte utredet hos personer med utfordrende atferd i sykehjem?
- Hvordan mener personell at smerte kan avdekkes?
- Hvordan dokumenteres og rapporteres smerte i sykehjem?

Litteratur

- Abbey, J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing* 1, 6-13.
- Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW (2007a) Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment on Different Types of Care Wards. *Journal of Pain and Symptom Management* 5, 480-7.
- Achterberg WP, Scherder E, Pot AM, Ribbe MW (2007b) Cardiovascular risk factors in cognitively impaired nursing home patients: A relationship with pain? *European Journal of Pain* 6, 707-10.
- American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the Geriatrics Society*, 6, 205-24.
- Axelsson K, Ahrel K, Friström A-E, Hallgren L, Nydevik I (2000) Pain among persons living at a nursing home. *Vård i Norden* 2, 20-3.
- Blomqvist K og Hallberg IR (2001) Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies* 3, 305-18.
- Cervo FA, Raggi RP, Bright-Long LE, Wright WK, Rows G, Torres AE, Levy RB, Komaroff E (2007) Use of the Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT) in Nursing Home Residents With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2,112-19.
- Cipher DJ, Clifford PA, Roper KD (2006) Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly. *Journal of the American Medical Directors Association* 7, 355-65
- Closs SJ, Barr B, Briggs M (2004) Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *British Journal of General Practice* 54, 919-21.
- Cohen-Mansfield J og Creedon M (2002) Nursing Staff Members' Perceptions of Pain Indicators in Persons With Severe Dementia. *Clinical Journal of Pain* 1, 64-73.
- Cohen-Mansfield J (2006) Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons – PAINE. *Clinical Journal of Pain* 6, 569-75.
- Engedal K (2005) Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 9, 1188-90.
- Fisher SE, Burgio LD, Thorn BE, Allen-Burge R, Gerstle J, Roth DL, Allen SJ (2002) Pain Assessment and Management in Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Association of Certified Nursing Assistant Pain Report, Minimum Data Set Pain Report, and Analgesic Medication Use. *Journal of the American Geriatrics Society* 1, 152-6.
- Fisher SE, Burgio LD, Thorn BE, Hardin JM (2006) Obtaining Self-Report Data From Cognitively Impaired Elders: Methodological Issues and Clinical Implications for Nursing Home Pain Assessment. *The Gerontologist* 1, 81-8.

- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borgehusebo SB, Aarsland D, Ljunggren AE (2008) Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 6, 427-33.
- Husebø BS (2009) Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 19, 1996-98.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S (2005) The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine* 5, 411-17.
- Kaasalainen S, (2007) Pain Assessment in Older Adults With Dementia. Using Behavioral Observation Methods in Clinical Practice. *Journal of Gerontological Nursing* 6, 6-10.
- Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A, Ploeg J (2007) Pain Management Decision Making Among Long-Term Care Physicians and Nurses. *Western Journal of Nursing Research* 5, 561-80.
- Kaasalainen S og Crook JA (2003) Comparison of Pain-Assessment Tools for Use with Elderly Long-Term-Care Residents. *Canadian Journal of Nursing Research* 4, 59-71.
- Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE (2001) Utilizing Pain Assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Pain Among Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management* 6, 450-5.
- Kirkevold Marit (2002) *Vitenskap for praksis?* Gyldendal Akademisk
- Larsen TA og Knudsen L-B (2006) *Et godt sted å være og å lære. Sluttrapport fra Undervisningssykehjemsprosjektet i Tromsø/Nord*. Eureka digital, Tromsø http://gammel.hitos.no/attachment/36b15eda9f0bf7f79926473b30375bc4/c60cc382df86f2a375be6cadb604aace/Knudsen-Larsen_EUREKA_DIGIRAL_3_06.pdf Lesdato 30. november 2009
- McCaffery M og Beebe A (1996) *Smertes: lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 28.
- McClellan WJ og Higginbotham NH (2002) Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *Medical Journal of Australia* 1, 17-20.
- Merkey R og Bogduk N (red) (1994) *Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2. utg. IASP Press, Seattle, s. 210.
- Nygaard H og Jarland, M (2005a) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 730-7.
- Nygaard H og Jarland, M (2005b) Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 10, 1349-51.
- Nygaard H og Jarland, M (2006) The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age and Ageing* 1,79-81
- Proctor WR og Hirdes JP (2001) Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Research and Management* 3, 119-25.
- Rustøen T og Stubhaug A (2006) *Smertes I* Knutstad U og Nielsen, BK (red) *Sykepleieboken 2. Teoretisk - metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Akribes as, Oslo, s. 199-242.
- Sandelowski, M (2008) *Reading, writing and systematic review*. *Journal of Advanced Nursing* 1, 104-10.

- Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM (2007) Substantial Daily Pain Among Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association* 3, 158-65.
- Schuler MS, Becker S, Kaspar R, Nikolaus T, Kruse A, Basler HD (2007) Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association* 6, 388-95.
- Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley DO, Sachs GA (2004) Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia: Frequency, Intensity, and Congruence Between Patient and Caregiver Report. *Journal of Pain and Symptom Management* 6, 585-92.
- Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen JC, Loge JH, Kaasa S (2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 13-14, 1838-40.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Rapport Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Stubhaug A og Ljoså TM (2008) Hva er smerte? I Rustøen T og Wahl, AK (red) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Akademiske, Oslo, s. 22-46.
- van Iersel T, Timmerman D, Mullie A (2006) Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *International Journal of Palliative Nursing* 2, 54-9.
- Villanueva MR, Smith TL, Erickson JS, Lee AC, Singer CM (2003) Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE): Reliability and Validity of a New Measure. *Journal of the American Medical Directors Association* 1, 1-8.
- Weiner D, Peterson B, Keefe F (1999) Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain* 3, 577- 88.
- Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Berger MPF (2007) Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 5, 493-502.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier: Studier i sykehjem om smerte hos personer med demens over 65 år Studier i sykehjem om smertevurdering Studier hvor smertevurderingsinstrumenter ble utprøvd Studier gjennomført i Europa, Nord-Amerika og Australia Fagfellevurderte artikler En pilotstudie fra Norge	Eksklusjonskriterier: Studier fra andre deler av verden enn Europa, Nord-Amerika og Australia Studier som ikke benytter engelsk eller nordisk språk Review (oversiktsartikler) fra andre land enn Norge Artikler med hovedfokus medikamentutprøving
---	---

Tabell 2 – 28 studier om smerte – og smertevurdering i sykehjem

Forfattere	Titel tidsskrift	Metode og datasamling	Utvvalg	Hovedfunn
Abbey, J et al. (2004) Queensland, Australia	The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing.	Vurdering av demens 1) Observasjon og beskriving 2) Uproving av skala Kvalitativ og statistisk analyse	1) N=52 beboere, 770 smerteepisoder fra 12 steder, 2) N=43 beboere, 236 smerteepisoder fra 24 steder. Personale: N=61	Tilfredstillende validitet og intern reliabilitet. Videre testing kreves.
Achterberg, WP et al. (2007a) Amsterdam, Nederland	Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment on Different Types of Care Wards. Journal of Pain and Symptom Management	Smertemåling - Nottingham Health Profile (NHP) Observasjon - Minimum Data Set (MDS) Statistisk analyse	65 sykehjem. 562 pasienter. 7,5 % var < 65 år.	Smertefrekvens varierende signifikant på enhetene. Pasienter på psykiatrisk enhet fikk justert for frekvens og intensitet, mindre smertemedikasjon enn på somatisk enhet.
Achterberg, WP et al. (2007b) Nederland	Cardiovascular risk factors in cognitively impaired nursing home patients: A relationship with pain? European Journal of Pain.	Vurdering kognitiv funksjon. Observasjon - MDS. Statistisk analyse	Av 562 pasienter i 65 sykehjem ble 254 med kognitiv svikt og diagnoser assosiert smerte valgt N=107	Forekomst av smerte var høyere hos de med kognitiv svikt, hypertensjon og diabetes enn de uten. Diabetes eller hypertensjon var risikofaktorer for smerte.
Axelsson, K et al. (2000) Stockholm, Sverige	Pain among persons living at a nursing home. Vård i Norden	Bakgrunnsinformasjon/demensvurdering. Åpent intervju, observasjon og smerteskala; verbal rangingskala (VRS), smertemometer, horisontal numerisk intensitetskala, faces pain rating scale (FPS), bevegelsesanalyse Statistiske og kvalitativt analyser	N=66 eldre fra to sykehjemsenheter	88 % av beboerne rapporterte smerte. Beboerne med kontrakturer hadde alltid smerte. Smerte kan identifiseres ved intervju og observasjon i aktivitet som gå informasjon om sammensatt lokalisasjon. VRS kunne brukes av 61 %. Notater om smerte bare for 27 % av tilfellene.
Blomqvist, K og Hallberg, E, IR (2000) Lund, Sverige	Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: views of nurses and older adults International Journal of Nursing Studies	Vurdering demens og funksjon Intervju pasienter og sykepleiere - åpne spørsmål og instrumenter: kroppskart, VDS, VRS Statistisk og kvalitativ analyse	Eldre > 65 år med og uten kognitiv svikt. 66 randomisert utvalgte eldre (av 280) og 56 kontaktsykepleiere	79 % av beboerne med normal kognisjon rapporterte smerte ofte. Sykepleiere vurderte smerte hos 57 % med kognitiv svikt. Eldre beskrev endring i oppførsel, ansiktsuttrykk og psykologisk respons oftere enn sykepleiere som beskrev inaktivitet, ikke-språklige tegn og kroppsuttrykk.
Cervo,	Use of the Certified Nursing Assistant	Fase 1): Observasjon (41 punkter) korrelert med	Pasienter med demensdiagnose: 1)	Sertifiserte sykepleierassistenter kan

<p>FA et al. (2007) Long Island, USA</p>	<p>Pain Assessment Tool (CPAT) in Nursing Home Residents With Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.</p>	<p>ekspertgruppe 2) Observasjon - CPAT Statistisk analyse</p>	<p>N=182 fra to sykehjem (614 seng) 2) N=105. Antall assistenter mangler.</p>	<p>berytte smertevurderingsinstrumentet (CPAT) på pasenter etter opplæring.</p>
<p>Ciphet, Djet al. (2006) Texas, USA</p>	<p>Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly. Journal of the American Medical Directors</p>	<p>Cross-sectional studie. Ekspertgruppe vurderte The Geriatric Multidimensional Pain and Illness Inventory (GMPI) Statistisk analyse</p>	<p>277 langtidspasienter > 60 år i tre enheter</p>	<p>Smerte påvirket atferd hos personer med alvorlig grad av demens mer enn hos de med mild og moderat. Atferdsanalyser relatert til beboernes nivå av demens var nyttig.</p>
<p>Class, SJ et al. (2004) Leeds Storbritania</p>	<p>Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. British Journal of General Practice.</p>	<p>Kartleggingsstudie. Vurdering av kognitiv status. Måling med VDS og 10-punkts numerisk skala (VAS). Statistiske analyser</p>	<p>406 beboere i 15 sykehjem, N=113.</p>	<p>Ingen signifikant forskjell i smerte hos de med og uten demenssykdom. Forskrivningen av smertestillende lavere hos personer med demens enn uten. De som fikk foreskrevet opiatet hadde høyere kognitiv funksjon.</p>
<p>Cohen-Mansfi eld. J og Creedon, M (2002) Washin gton, USA</p>	<p>Nursing Staff Members' Perceptions of Pain Indicators in Persons With Severe Dementia. Clinical Journal of Pain.</p>	<p>Intervju (individuell og fokusgruppe) Statistisk analyse Bearbeidelse av kvalitative data</p>	<p>Personell fra 3 sykehjem N=72. Individuell intervju med 44 stk. 4 fokusgrupper med 4 til 11 medarbeidere</p>	<p>Pleiepersonalet identifiserte en rekke atferd former som kunne være smerteindikatorer hos personer med demens. Kjennskap til beboeren ga signifikant effekt på identifikasjon av annen type atferd enn smerteferd. Barrierer for å identifisere smerte var forussetninger, beboernes atferd og relasjonen.</p>
<p>Cohen-Mansfi eld. J (2006) Washin gton, USA</p>	<p>Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons – PAINE. Clinical Journal of Pain.</p>	<p>Vurdering av kognitiv funksjon. Intervju beboere Observasjon med PAINE Checkliste of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). Statistisk analyse</p>	<p>Beboere med demensdiagnose Studie 1: N=80 beboere fra et sykehjem Studie 2: N=91 beboere fra to sykehjem</p>	<p>Instrumentet PAINE hadde adekvat intern konsistens og både internasjonal og test – retest reliabilitet.</p>
<p>Fisher, SE et al. (2002) USA</p>	<p>Pain Assessment and Management in Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Association of Certified Nursing Assistant Pain Report, Minimum Data Set Pain Report, and Analgesic Medication Use. Journal of the American Geriatrics Society.</p>	<p>Korrelasjonsstudie. Vurdering av kognitiv status. Sykepleieassistenter vurderte smerte ut fra Proxy Pain Questionnaire (PPQ) og MDS. Statistisk analyse</p>	<p>57 kognitive svekkede beboere fra tre sykehjem. Alder > 60 år. Antall personale ikke oppgitt</p>	<p>Skjemaet PPQ var mer sensitiv for smerte enn MDS i dette tilfellet.</p>

<p>Fisher, SE et al. (2006) USA</p>	<p>Obtaining Self-Report Data From Cognitively Impaired Elders: Methodological Issues and Clinical Implications for Nursing Home Pain Assessment. <i>Gerontologist</i></p>	<p>Sammenlignende studie. Vurdering kognitiv status. Intervju med Geriatric Pain Measure (GPM-M2). Deskriptiv og sammenlignende statistiske analyser.</p>	<p>Av 163 pasienter ble 116 inkludert. N=61 fra to sykehjem med medisinsk diagnose assosiert med kronisk smerte, og som kunne gjennomføre kognitiv test.</p> <p>Pasienter med ulik grad av kognitiv svikt evaluerte konsistens, stabilitet og sammenhengende validitet på smerterespons. Gjennomføringstiden kunne ikke forutsies av kognitiv status. Behovet for skåring på smerteskala var konstant over tid og i samsvar med smertelater diagnose. Intern konsistens av skala var utmerket.</p>
<p>Husebo, BS et al. (2008) Bergen, Norge</p>	<p>Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>.</p>	<p>Kryss-seksjonell studie. Vurdering kognitiv status/demensutredning. Legeek-saminasjon. Smertevurdering med Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID-2) Statistiske analyser</p>	<p>N=181 pasienter > 65 år. N=44 primærpleiere, geriatrisk sykepleier og 4 leger</p> <p>Alvorlig demens opplevde ikke mindre smertemintensitet, antall smertediagnoser og smerte lokalisasjon sammenlignet med andre stadier av demens. De som fikk opiatr hadde høyere smertemintensitet og fikk mindre smertehåndling enn ikke demente. Pasienter med sammensatt demens som fikk opiatr hadde mer smerte enn mentalt friske.</p>
<p>Hølen, JC et al. (2005) Trondheim, Norge</p>	<p>The Norwegian Dolopius-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. <i>Palliative Medicine</i>.</p>	<p>Vurdering kognitiv status/demensutredning Ekspertpanel. Smertevurdering med Dolopius-2. Statistiske analyser</p>	<p>Sykepleiere fra tre sykehjem og to forskningsassistenter benyttet Dolopius-2. Behøve N=59 i spesialenheter for demente.</p> <p>Dolopius-2 demonstrerte kriterium validitet og klinisk verdi. Innholdet i instrumentet trenger en generell evaluering, spesielt relatert til de psykososiale områder.</p>
<p>Kamel, HK et al. (2001) St. Louis, USA</p>	<p>Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i></p>	<p>Vurdering medisinske data. Intervju; gruppe 1 - enkle spørsmål, gruppe 2 - VAS, FPS og VDS. Statistisk analyse</p>	<p>Randemistert utvalg: N=305 av 1000 sengen i to sykehjem (899 sengen + 201 sengen) Eldre > 60 år.</p> <p>Å bruke skala indikerte en bedre avdekking av smerte enn om en bare stiller spørsmål om enkelt spørsmål om smerte.</p>
<p>Kaasala, S et al. (2007) Ontario USA</p>	<p>Pain Management Decision Making Among Long-Term Care Physicians and Nurses. <i>Western Journal of Nursing Research</i>.</p>	<p>Kvalitativ design. Intervju individuelt og i fokusgrupper. Kvalitativ analyse</p>	<p>9 leger, 4 fokusgrupper (24 sykepleiere) og 4 med underordnede sykepleiere (33)</p> <p>Sykepleiere og legers smerteadministrasjon viste dårlig smertegjenkjennelse, usikkerhet om nøyaktighet av smertevurdering, diagnose og behandling.</p>
<p>Kaasala, S</p>	<p>Comparison of Pain-Assessment Tools for Use with Elderly Long-Term-Care</p>	<p>Gjentakende måledesign. Klassifisert i demensgrupper. Selvrapportering med FPS, NRS.</p>	<p>N=130 eldre langtidspasienter, > 65 år.</p> <p>Skjemaet PACI var nyttig for å avdekke smerte hos personer med</p>

<p>og Crook, J (2003) Ontario o USA</p>	<p>Residents, Canadian Journal of Nursing Research.</p>	<p>Present Pain Intensity (PPI) Scale Observasjon med The Pain Assessment in the Communicatively Impaired (PASI) Statistisk analyse</p>		<p>atvorig grad av kognitiv svikt. For de med ingen eller mild kognitiv svikt hadde verbale metoder høg reliabilitet. Ved moderat kognitiv svikt hadde både PACI og verbale metoder høy reliabilitet</p>
<p>McClean, n, W og Higgin botham , NH (2002) New South Wales, Austral ia</p>	<p>Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. Medical Journal of Australia.</p>	<p>Kryss-seksjonell studie. Vurdering medisinske data. Intervju. Statistisk analyse</p>	<p>917 sykepleiersbeboere i 15 sykehjem</p>	<p>Prevalens av selvrapportert smerte i øyeblikket var 27,8 %. Kvinner rapporterte oftere smerte enn menn. Smerte ble ikke signifikant assosiert med alder, diagnoser som artritt eller demens. Lite samsvar mellom pasientens rapportering av smerte og sykepleiernes notlegning.</p>
<p>Nygaard, d, HA og Jarland, M (2005a) Bergen, Norge</p>	<p>Are nursing home patients with dementia diagnosed at increased risk for inadequate pain treatment? International Journal of Geriatric Psychiatry.</p>	<p>Kryss-seksjonell studie. Vurdering av kognitiv status. Intervju med sykepleiere og kommunikative pasienter. Statistisk analyse</p>	<p>N=125 langtidsbeboere i tre sykehjem > 65 år Antall intervju sykepleiere mangler</p>	<p>47 % av kommunikative pasienter klaget over smerte, sykepleieren rapporterte smerte hos 67 % pasienter. 29 % fikk analgetika den siste uken.</p>
<p>Nygaard, d, HA og Jarland, M (2005b) Bergen, Norge</p>	<p>Kroniske smerter hos sykepleierspasienter – selvrapportering og sykepleiers vurdering Tidsskrift for Den norske legeforening</p>	<p>Tversnittstudie. Vurdering kognitiv status. Intervju med pasienter og primersykepleiere. Gradering av smerte - Mc Gills Pain Questionnaire Statistisk analyse</p>	<p>Av 183 er N=157. Alder > 65 år. Antallet sykepleiere ikke oppgitt Studien foregikk i fire sykehjem</p>	<p>109 av pasientene kunne besvare spørsmål om smerte, og 56 oppgav smerte. For kommunikative var det ingen assosiasjon med smerteangivelse og smertediagnose diagnoser, mens pleiers vurdering var det. Sykepleierne rapporterte hyppigere smerte for kommunikative enn ikke- kommunikative. Samsvar mellom sykepleiernes og pasientens vurdering var i 77 %, uavhengig av grad av kognitiv svikt. Pleier vurderte smerte hos 44 % ikke- kommunikative versus 52 % kommunikative.</p>
<p>Proctor , WR og Hirdes,</p>	<p>Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. Pain Research and Management.</p>	<p>Sekunder analyse av data. Vurdering kognitiv status. Sykepleiere vurderte pasientene med MDS. Selvrapportering av smerte når det var mulig. Statistisk analyse</p>	<p>3195 beboere i tre sykehjem, > 65 år</p>	<p>Prevalens av smerte var 49,7 %, og 23,7 % opplevde daglig smerte. Det var ingen forskjell i prevalens av tilstand og smertersak hos personer</p>

JP (2001) Antonin o, USA					med og uten kognitiv svikt. Mellom sykehjemmene forskjell som kan ha sammenheng med regionale forskjeller.
Sawyer . P. (2007), Alabama a USA	Substantial Daily Pain Among Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association.	Data fra årlig MSD manual Statistisk analyse	N=27628 av 27 715 beboere 65 år og eldre i sykehjem.	Prevalensen av vesentlig smerte sykehjemsbeboere varerte fra 0 % - 54,7 %. 17 % hadde vesentlig daglig smerte. Forekomsten varerte mellom sykehjem, og søkelys settes på variasjonen i MDS rapportering. Kommunikasjonsmuligheter og fravær av kognitiv svikt var viktig for rapportert smerte.	
Schuler . MS et al. (2007) Limbur E. Tyskla nd	Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association.	Kryss-seksjonell studie. Observasjon ved PAINAD-G Statistisk analyse	N=99 beboere fra åtte sykehjem, diagnostisert med Alzheimer sykdom	Instrumentet (PAINAD-G) viste god reliabilitet, og å skalaen reelt sett viste smerte hos målgruppen.	
Slegn, JW et al. (2004) Illinois, USA	Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia: Frequency, Intensity, and Congruence Between Patient and Caregiver Report Journal of Pain and Symptom Management.	Cohort studie. Vurdering kognitiv status. Pasientintervju med VDS Observasjon med Cohen-Mansfield Agitations index (CMAI) og VDS. Statistiske analyser	150 kommunikative pasienter og ukjent antall pleiegyver. Boenhet	32 % av demante rapporterte smerte i øyeblikket, mens pleierne rapporterte at 52 % av pasienten hadde smerte nå. Hjemmeboende personer med demens rapporterte mindre smerte enn de i sykehjem.	
van Lersel, T et al. (2006) Flander n, Belgia	Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. International Journal of Palliative Nursing.	Observasjon med skala. Statistisk analyse	N=157 pasienter fra hjem, dagsenter og sykehjem som ikke kunne uttrykke smerte verbal. 185 pleiegyver	Halvparten av pleierne evaluerte skalane Abbey pain scale og PAINAD til å være gode og enkle redskap for smertevurdering. . Ingen av skalane ble valgt. Pleierne verdsatte skår som ansiktsutrykk, vokalisering og kroppsspråk for å måle smerte	
Villanu eva, MR et al. (2003) Oregon . USA	Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE): Reliability and Validity of a New Measure. Journal of the American Medical Directors Association	Vurdering av smerte 1) PADE. 2) PADE og CMAI. Statistisk analyse	1) 24 beboere (784 observasjoner) i tre enheter. 2) 40 beboere med avansert demens	I studie 2 var 42 % av utvalget rangert å ha signifikant smertefulle betingelser. Reliabilitet faktor var adekvat, likeså validitet med PADE	

<p>Wolner, D et al (1999) Dunns m, USA</p>	<p>Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. Pain</p>	<p>Telefonterview pårørende hvertjyrl beboere og sykepleiere om 26 smerte adferdsnytt Numerical graphic rating scale (NGRS) og VAS Smertemometer. Statistisk analyse.</p>	<p>To sykehjem – N=42 (27 og 15) beboere som hadde smerte tre siste måneder. Ukjent antall famillemedlemmer, 27 primærsykepleiere og 15 andre sykepleiere</p>	<p>22 av 26 smerteløste adferdssegne ble identifisert av beboerne. God overenskomst mellom beboers og pleiers vurdering av smerteløst adferd, mens overenskomst med smerteløst var dårlig. Tilro til pasientens smerte var høy for både sykepleier og famillemedlemmer. 71 % av sykepleieren opplevde smertevurdering vanskeligere hos personer med demens. PACSLAC-D hadde høyt nivå av element konsistens for hele skala og for subskalær. Sosial – emosjonell tegn spilte en signifikant rolle for å avdekke smerte.</p>
<p>Zwaskh alen, SM et al. (2007) Nederland</p>	<p>Improving the clinical usefulness of a behavioral pain scale for older people with dementia. Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Vurdering kognitiv status. Vurdering med PASLAC-D og VAS Statistisk analyse</p>	<p>Pasienter N=128 på 12 demensavsnitt hvor det var planlagt å sette infusjonsvåsin, > 60 år.</p>	