



Værktøj til vurdering af smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

01.06.2022 (Dansk Selskab for Geriatri)

Administrativ godkendelse

1.06.2022 (Dansk Selskab for Geriatri)

REVISION

Planlagt: august. måned 2024

INDEKSERING

Dansk selskab for geriatri, Smerter, demens, smerteskala.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide)	2
Vurdering af smerte	2
Værktøjer til vurdering	2
2. Introduktion	3
3. Grundlag	4
Vurdering af smerte	4
4. Referencer	6
5. Metode	7
6. Monitorering	8
7. Bilag	9
8. Om denne kliniske retningslinje	10

1. anbefalinger (Quick guide)

Vurdering af smerte

- 1. Der bør anvendes et valideret værktøj, som Abbey eller MOBID-2/MAI-10, til vurdering af mistænkte smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens (D)**
- 2. Der bør anvendes et valideret værktøj, som Abbey eller MOBID-2/MAI-10, til monitorering af behandlingseffekten af mistænkte smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens (C).**

Værktøjer til vurdering

MOBID-2/MAI-10

Den danske oversættelse af værktøjet MOBID-2, hedder MAI-10 og kan findes [her](#).

Abbey Pain Scale

Den danske version af værktøjet Abbey Pain Scale (APS) kan findes i Bilag 1.

2. Introduktion

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Yderligere er formålet med retningslinjen at sikre hjælp til identifikation af smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens ved systematisk brug af et valideret screeningsværktøj hos ældre patienter med moderat til svær demens indlagt på medicinsk, kirurgisk, geriatrisk og palliativ afdeling/hospice, samt i hjemmet. Dette er et supplement til NKR for smertebehandling 2018 udgivet af SST (1).

Undersøgelser har vist, at ældre med demens sjældnere rapporterer om smerter end ældre uden demens, men opleves som mere smerteplagede af omgivelserne (2, 3). Endvidere ses der i Danmark signifikant større brug af opioider blandt mennesker med demens end blandt mennesker uden (4). Desuden ses forskelle kommunerne imellem (5).

Der er således risiko for såvel under- som overbehandling af smerter i denne patientgruppe (6), hvorfor struktureret og pålidelig smertevurdering er af største vigtighed.

Patientgruppe

Patientgruppen i denne kliniske retningslinje er ældre patienter med moderat til svær demens.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Retningslinjen er primært rettet mod uddannet sundhedsfagligt personale på medicinske, kirurgiske, geriatriske, palliative afdelinger/hospice samt i primærsektoren, der observerer ældre patienter med demens for smerter.

3. Grundlag

Vurdering af smerte

1. **Der bør anvendes et valideret værktøj, som Abbey eller MOBID-2/MAI-10, til vurdering af mistænkte smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens (D)**
2. **Der bør anvendes et valideret værktøj, som Abbey eller MOBID-2/MAI-10, til monitorering af behandlingseffekten af mistænkte smerter hos ældre patienter med moderat til svær demens (C).**

Litteratur og evidensgennemgang

Generelt er der meget sparsom evidens på området. Der er behov for videre forskning i vurdering og behandling af smerter hos patienter med demens.

Dog synes der på baggrund af de nedenfor skitserede studier, at være grundlag for at anbefale brug af et valideret værktøj til vurdering af smerter og monitorering af iværksat smertebehandling hos moderat til svært demente.

Det anbefales at der anvendes et værktøj som personalet er fortroligt med og som er valideret på dansk som fx Abbey eller MORBID-2/MAI-10.

I et randomiseret kontrolleret studie fra 2011 fandt B. Husebo et al at en systematisk tilgang til smertebehandling signifikant kunne reducere agitation og smerter hos patienter med moderat til svær demens på et plejehjem i Norge. I studiet blev patienternes smerteniveau vurderet ved hjælp af MOBID-2 skemaet ved start samt efter 2, 4, 8 og 12 uger. I interventionsgruppen blev smertevurderingerne fulgt op af relevant justering i smertebehandling efter et forudbestemt regime. I kontrolgruppen modtog patienterne vanlig smertebehandling. I interventionsgruppen faldt smertescoren signifikant ved hver ny vurdering, så længe studiet stod på. Forskerne konkluderede, at en systematisk tilgang til smertebehandling er gavnlig for patienter med moderat til svær demens, og at serielle vurderinger af smertescores står som et centralt element heri (7).

Under samme studie testede B. Husebo et al MOBID-2 skemaets måleegenskaber; test-retest pålidelighed, standard måleusikkerheder og reaktion på ændringer med gode resultater (8).

Husebo et al testede også MOBID-2 skemaets validitet, pålidelighed og tidseffektivitet som psykometrisk værktøj for sygeplejersker i 2010 (9).

I 2014 testede C. Neville et al tre forskellige psykometriske værktøjer til vurdering af smerter, hos patienter med moderat til svær demens, til brug for sundhedsprofessionelle på plejehjem i Australien. Her fandt forskerne god pålidelighed og validitet af Abbey smerteskala, samt at skalaen ikke varierede mellem de forskellige grupper af sundhedsprofessionelle (10).

Abbey smerteskala blev også testet af M. Gregersen et al i dansk sammenhæng i 2016. Her blev skalaen testet på hospitaliserede geriatriske patienter med akutte smerter. Forskerne konkluderede, at Abbey smerteskala var valid og reproducerbar mellem bedømmere, til vurdering af smerter hos patienter med svær demens og ringe kommunikative evner (11).

På 10 plejehjem i Holland gennemførte J. van Kooten et al i 2017 et prospektivt studie hvor man beskrev et guideline-baseret regime til behandling af smerter hos patienter med demens. Til vurdering af smerter benyttede man MOBID-2 skemaet ved studiets start og efter 3 måneder. Forskerne fandt en signifikant lavere gennemsnitlig smertescore 3 måneder efter implementering af det guideline-baserede regime (12).

Patientværdier og – præferencer

Ikke angivet. Dette afsnit uddybes ved næste opdatering

Rationale

På baggrund af de ovenfor skitserede studier, og den manglende evidens har der i arbejdsgruppen været konsensus om at det kan anbefales at bruge valideret værktøj til vurdering af mistænkte smerter hos moderat til svært demente fx Abbey eller MOBID-2/MAI-10.

Ligeledes er der konsensus om at de skitserede studier entydigt peger på at man bør bruge et valideret værktøj til at monitorere en iværksat smertebehandling hos moderat til svært demente.

Der har endvidere på baggrund af de skitserede artikler samt klinisk erfaring været konsensus om, at det er vigtigt at bruge et kendt værktøj, som personalet er fortroligt med, og som er valideret på dansk, for at få en valid og reproducerbar skala også mellem forskellige bedømmere.

Bemærkninger og overvejelser

Flere af studierne anfører, at værktøjerne kan benyttes af forskellige sundhedsfaglige grupper, hvilket er relevant da arbejdet med moderat til svært demente patienter varetages af mange forskellige faggrupper både i primær- og sekundærsektoren. Dette er således ikke til hinder for at implementere brug af et systematisk værktøj til vurdering af smerter hos denne patientgruppe.

4. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet 2018 [Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-generaliserede-smerter/National-klinisk-retningslinje-for-generaliserede-smerter-i-bev%C3%A6geapparatet.ashx?la=da&hash=CA9E5F6CEB96EC39625AB95912698584BAFCFA8B>].
2. Scherder E, Bouma A, Borkent M, Rahman O. Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than non-demented elderly. *Psychiatry*. 1999;62(3):265-72.
3. Jensen-Dahm C, Vogel A, Waldorff FB, Waldemar G. Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: results from the Danish Alzheimer Intervention Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(7):1274-8.
4. Sorensen AMS, Tarp S, Johannsen P, Lolk A, Bandak E, Pedersen H, et al. Analgesics use and withdrawal in people with dementia - a register-based Danish study and a systematic review. *Dan Med J*. 2019;66(12).
5. Jensen-Dahm C, Zakarias JK, Gasse C, Waldemar G. Geographical Variation in Opioid Use in Elderly Patients with Dementia: A Nationwide Study. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(4):1209-16.
6. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for demens og medicin 2018 [Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/National-klinisk-retningslinje-for-demens-og-medicin.ashx?la=da&hash=457F5983E29B8595262D66EFA91608A55F48BAB2>].
7. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2011;343:d4065.
8. Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *Eur J Pain*. 2014;18(10):1419-30.
9. 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):380-91.
10. Neville C, Ostini R. A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(4):798-806.
11. Gregersen M, Melin AS, Nygaard IS, Nielsen CH, Beedholm-Ebsen M. Reliability of the Danish Abbey Pain Scale in severely demented and non-communicative older patients. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(10):482-8.
12. van Kooten J, Smalbrugge M, van der Wouden JC, Stek ML, Hertogh C. Evaluation of a Pain Assessment Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(5):727-31.

5. Metode

Denne retningslinje er udarbejdet af repræsentanter for Dansk Selskab for Geriatri. Retningslinjen bygger på konsensusbeslutninger i arbejdsgruppen. Relevant litteratur blev fundet hos Nationalt Videnscenter For Demens og på PubMed.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev foretaget af en i arbejdsgruppen. Forud for søgningerne, besluttede arbejdsgruppen at søge i hhv. PubMed og hos Nationalt Videnscenter for Demens. Der blev ud fra anbefalingerne og litteraturen på National Videnscenter for Demens, i arbejdsgruppen besluttet at koncentrere søgningen omkring Abbey og MORBID-2, da det var de sceningsværktøj, som blev anbefalet her.

Søgningerne blev foretaget i perioden marts-juli 2021. Der blev ved enkelte søgninger anvendt Mesh-terminen "dementia" og sat begrænsning på årstal fra 2014. Ingen begrænsning på studiedesigns, da området er lille og evidensmængden derfor er begrænset.

Søgested og søgestreng	Dato	Antal hits	Antal inkluderet (reference)
Nationalt Videncenter for demens https://videnscenterfordemens.dk/da/mobilization-observation-behaviour-intensity-dementia-pain-scale-mobid		3	3 (7-9)
PubMed "Dementia"[Mesh] AND Abbey, 2014-2021	20/4 2021	9	2 (10, 11)
PubMed Abbey pain scale AND cognitive impairment AND elderly, 2014-2021	29/4 2021	7	0
PubMed "Dementia"[Mesh] AND MOBID-2, 2014-2021	29/4 2021	9	1 (12)

Litteraturgennemgang

Litteraturen blev kritisk vurderet af arbejdsgruppen, og artiklerne udvalgt ved konsensusbeslutninger. Der blev ikke på forhånd sat en begrænsning på studiedesigns, men sat en sprogbeskrænsning til dansk/svensk/norsk og engelsk.

Formulering af anbefalinger

Som følge af manglende evidens på området og metodiske svagheder ved den eksisterende evidens er anbefalingerne i denne retningslinje blevet til ved en konsensusbeslutning i arbejdsgruppen. Anbefalingerne blev formuleret i plenum i arbejdsgruppen og tilrettet løbende på arbejdsgruppens virtuelle møder. Alle ændringer og forslag er formuleret i plenum. Der er enighed i gruppen om at anvende *bør* i anbefalingerne.

Interessentinvolvering

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidragydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Der har ikke været direkte patient- eller pårørende-involvering i udarbejdelsen af nærværende kliniske retningslinje.

Høring og godkendelse

Denne retningslinje er forhåndsgodkendt af Bestyrelsen i Dansk Selskab for geriatri, efter at have været gennemlæst af alle bestyrelsesmedlemmer.

Herefter er retningslinjen godkendt og vurderet efter vanlige standarder for godkendelse af retningslinjer i DSG.

Retningslinjen er vurderet og godkendt på Dansk Selskab for Geriatri's årsmøde.

retningslinjen har været udsendt til DSG medlemmer før årsmødet. Alle DSG medlemmer har haft mulighed for at komme med kommentarer til retningslinjen til årsmødet eller ved at sende skriftlig kommentarer direkte til arbejdsgruppen.

Behov for yderligere forskning

Generelt er der meget sparsom evidens på området. Der er behov for videre forskning i vurdering og behandling af smerter hos patienter med demens

Forfattere

- Lotte Blok Madsen, geriatri, 1. reserveæge, Glostrup Medicinsk afdeling
ingen interessekonflikter ift anbefalingerne i denne retningslinje
- Anna Gade Holdesen, geriatri, 1. reservelæge, Geriatriisk afdeling OUH
ingen interessekonflikter ift. anbefalingerne i denne retningslinje
- Mikkel Erik Juul Jensen, geriatri, Afdelingslæge, ekstern lektor, Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital,
ingen interessekonflikter ift. anbefalingerne i denne retningslinje
- Pernille Overgaard Lassen, geriatri, overlæge, Team for Lindrende behandling, Regionshospital Nordjylland
Ingen interessekonflikter ift. anbefalingerne i denne retningslinje

6. Monitorering

Der er aktuelt ingen geriatrisk klinisk kvalitetsdatabase. Men man kan med fordel monitorere på brugen af et valideret værktøj som Abbey eller MOBID2/MAI-10 i forbindelse med smerteauditering lokalt på de forskellige afdelinger. Dog med bevidsthed om, at der er tale om en lille patientgruppe, som ikke nødvendigvis vil være en del af auditering foretaget ved stikprøve udtagning.

7. Bilag

Bilag 1 – Abbey Pain Scale

Abbey Pain Scale
- dansk version -

Til vurdering af smerte hos patienter, som er svært demente eller af anden årsag ikke kan kommunikere verbalt via tale eller skrift

Patienten observeres i 2 minutter under mobilisering (f.eks. ved forflytning)

Patientens navn

Dato: **Tidspunkt:**

Sidste smertestillende givet var (præparat).....**Tidspunkt**.....

S1. Vokalisering
f.eks. klynker, stønner, græder
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

S2. Ansigtudtryk
f.eks. virker anspændt, rynker pande, grimasse, virker bange
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

S3. Ændring i kropssprog
f.eks. urolig, gyngende, beskytter en del af kroppen, tilbagetrukket
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

S4. Adfærdændring
f.eks. øget konfusion, nægter at spise, ændring i normale mønstre
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

S5. Fysiologiske ændringer
f.eks. temperatur, puls eller blodtryk udenfor normale grænser, svedende, rødme eller bleghed i ansigtet
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

S6. Fysiske ændringer
f.eks. hudrifter, trykpunkter, ledhævelse, kontrakturer, tidligere skader
Ingen 0 Lidt 1 Moderat 2 Meget 3

Sammenlæg scorerne for S1 - S6 og dokumenter her: **→** **Sumscore**

Kryds af i den kasse, der matcher den sammenlagte smertescore:

0 - 2 Ingen	3 - 7 Lidt	8 - 13 Moderat	14+ Meget
-----------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

Til sidst, kryds af i den kasse, der matcher den type af smerte:

Kronisk	Akut	Akut og Kronisk
----------------	-------------	------------------------

Abbey J, Piller N, Bellis AD, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing. 2004, Vol 10, No 1.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Det faglige indhold er udformet og godkendt af det for sygdommen relevante specialebærende lægevidenskabelige selskab. Retningslinjesekretariatet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om de kliniske retningslinjer kan findes på: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/>

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra RKKP.