

SKaTTa smärta vid kognitiv sjukdom



Upp till hälften av äldre personer (>65 år) som bor i eget boende upplever långvarig smärta vilket ofta orsakas av artros, osteoporos, frakturer och ospecifik rygg- och ledsmärta
(Barry et al., 2016; Gibson & Lussier, 2012; Socialstyrelsen, 2017b).



Smärta
är
vanligt

Upp till hälften av äldre personer (>65 år) som bor i eget boende upplever långvarig smärta vilket ofta orsakas av artros, osteoporos, frakturer och ospecifik rygg- och ledsmärta
(Barry et al., 2016; Gibson & Lussier, 2012; Socialstyrelsen, 2017b).



60–80% av personer med kognitiv sjukdom som bor på särskilt boende lever med någon typ av smärta.
(Achterberg et al., 2020; Pieper et al., 2013).

Upp till hälften av äldre personer (>65 år) som bor i eget boende upplever långvarig smärta vilket ofta orsakas av artros, osteoporos, frakturer och ospecifik rygg- och ledsmärta
(Barry et al., 2016; Gibson & Lussier, 2012; Socialstyrelsen, 2017b).



60–80% av personer med kognitiv sjukdom som bor på särskilt boende lever med någon typ av smärta.
(Achterberg et al., 2020; Pieper et al., 2013).

Personer med kognitiv sjukdom har en högre grad av komorbiditet och fysiska symtom än äldre personer utan kognitiv sjukdom, varav smärtsamma tillstånd som reumatoid artrit, osteoporos och cancer är vanliga.
(Clague et al, 2017)

Det finns ett bevisat samband mellan psykotiska symtom som vanföreställningar och smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Smärta kan också orsaka konfusion.
(Habiger et al., 2016).



Smärta
kan ha
ovanliga
uttryck

Det finns ett bevisat samband mellan psykotiska symtom som vanföreställningar och smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Smärta kan också orsaka konfusion.
(Habiger et al., 2016).



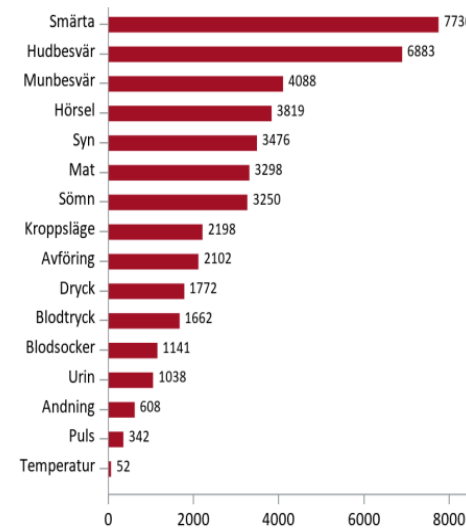
Smärta
kan ha
ovanliga
uttryck

Andra studier bekräftar att även andra beteendemässiga och psykiska symtom [BPSD] som aggressivitet, rop, gråt, skrik, apati, ångest, sömnlöshet, nedstämdhet i första hand orsakas av smärta.
(Achterberg et al., 2013; Corbett et al., 2012).

Det finns ett bevisat samband mellan psykotiska symtom som vanföreställningar och smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Smärta kan också orsaka konfusion.
(Habiger et al., 2016).

Smärta kan ha ovanliga uttryck

Andra studier bekräftar att även andra beteendemässiga och psykiska symtom [BPSD] som aggressivitet, rop, gråt, skrik, apati, ångest, sömnlöshet, nedstämdhet i första hand orsakas av smärta.
(Achterberg et al., 2013; Corbett et al., 2012).



Figur 12. Tänkbara orsaker till BPSD hos personer registrerade under år 2022.

Angiven tänkbar orsak	Antal	Procent (%)
Smärta	7736	33,04
Hudbesvär	6883	29,40
Munbesvär	4088	17,46
Dålig hörsel	3819	16,31
Dålig syn	3476	14,85
Mat	3298	14,09
Sömn	3250	13,88
Kroppsläge	2198	9,39
Avföring	2102	8,98
Dryck	1772	7,57
Blodtryck	1662	7,10
Blodsocker	1141	4,87
Urin	1038	4,43
Andning	608	2,60
Puls	342	1,46
Temperatur	52	0,22

Tabell 11. Tänkbara orsaker till BPSD hos personer registrerade under år 2022

Personer med kognitiv sjukdom utvecklar ofta en försämrad förmåga att själv kunna beskriva sin upplevda smärta vilket gör att vårdpersonal behöver uppmärksamma andra tecken.
(Kress et al., 2014).



Smärta
är lätt
att missa

Personer med kognitiv sjukdom utvecklar ofta en försämrad förmåga att själv kunna beskriva sin upplevda smärta vilket gör att vårdpersonal behöver uppmärksamma andra tecken.
(Kress et al., 2014).



Smärta
är lätt
att missa

Studier visar att gruppen erhåller minst smärtbehandling då de ofta har försämrad språklig förmåga och svårigheter att själva rapportera sin smärta.
(Achterberg et al., 2020; Husebo et al., 2016; Flo et al., 2014).

Personer med kognitiv sjukdom utvecklar ofta en försämrad förmåga att själv kunna beskriva sin upplevda smärta vilket gör att vårdpersonal behöver uppmärksamma andra tecken.
(Kress et al., 2014).

Komplexiteten av smärtbedömning av personer som inte kan smärtskatta sig själv utgör en anledning till obehandlad smärta hos patientgruppen.
(Achterberg et al., 2020)



Smärta
är lätt
att missa

Studier visar att gruppen erhåller minst smärtbehandling då de ofta har försämrad språklig förmåga och svårigheter att själva rapportera sin smärta.
(Achterberg et al., 2020; Husebo et al., 2016; Flo et al., 2014).

Personer med kognitiv sjukdom utvecklar ofta en försämrad förmåga att själv kunna beskriva sin upplevda smärta vilket gör att vårdpersonal behöver uppmärksamma andra tecken.
(Kress et al., 2014).

Komplexiteten av smärtbedömning av personer som inte kan smärtskatta sig själv utgör en anledning till obehandlad smärta hos patientgruppen.
(Achterberg et al., 2020)

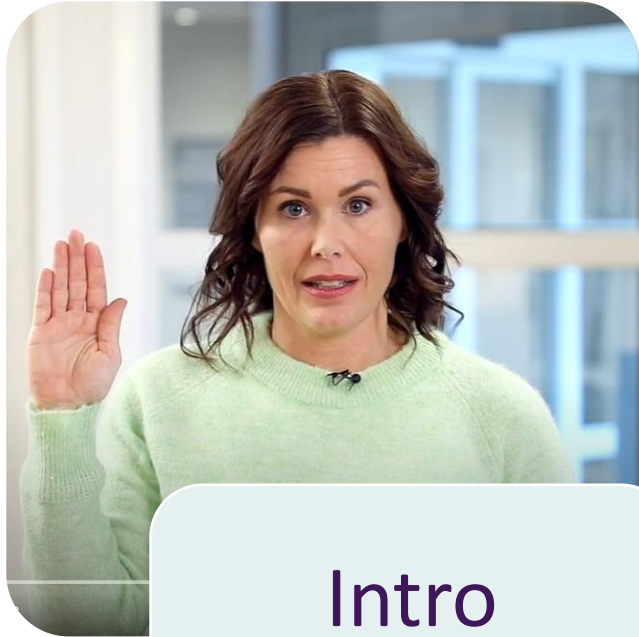


Smärta är lätt att missa

Studier visar att gruppen erhåller minst smärtbehandling då de ofta har försämrad språklig förmåga och svårigheter att själva rapportera sin smärta.
(Achterberg et al., 2020; Husebo et al., 2016; Flo et al., 2014).

Egen erfarenhet bekräftar att det ofta missas eller misstolkas som oro, ångest eller utveckling av den kognitiva sjukdomen. Man tycker att det är svårt!

En film i tre delar



Intro
Smärta och
kognitiv
sjukdom

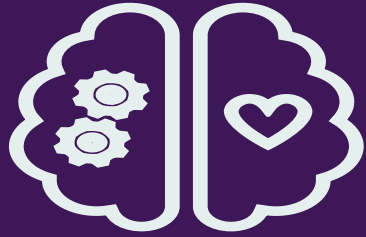


Smärta och
kognitiv
sjukdom del
1. Smärta



Smärta och
kognitiv
sjukdom del
2. SKaTTa





SKaTTa

Smärtbedömning
i fyra steg
vid kognitiv
sjukdom

1. SJÄLVSKATTNING

2. KLINISK BEDÖMNING/ANAMNES

3. TITTA

4. TEAMARBETE/ANALYS

1. SJÄLVSKATTNING

Försök få personen att skatta sin smärta själv.



MILJÖ Genomför samtalet i en lugn miljö och använd kommunikationshjälpmedel som hörapparater, glasögon, ställ frågan i skrift, bildstöd. Tolka till rätt språk.



SPRÅK Man kan ha glömt eller förlorat förmågan att förstå ordet smärta. Använd ord som personen bäst känner igen – som ont, värk eller på andra språk. Testa olika!



LÄKEMEDEL Om personen står på lugnande eller antipsykotiska läkemedel kan det påverka både verbala och icke-verbala smärtuttryck.



KROPPSUPPFATTNING Förändrad kroppsuppfattning är vanligt. Man kan ha ont på ett ställe men säga ett annat. T.ex kan man peka på munnen men egentligen ha ont i ryggen.

Personen i centrum



2. KLINISK BEDÖMNING/ANAMNES

Finns det bakomliggande orsaker till smärta?

Samla in information/anamnes

- ☐ Finns det artros, cancer, stroke, migrän eller andra sjukdomar förknippade med smärta?
- ☐ Har personen ramlat eller slagit sig?
- ☐ Hur har personen betett sig innan vid smärta? Finns det individuella tecken?
- ☐ Har personen beteendemässiga- och psykiska symtom (BPSD)? Ta hjälp av BPSD registret, NPI-NH skala och beteendeschema.

Gör en fysisk bedömning

- ☐ Testa olika rörelser och om personen tillåter, känn igenom kroppen.
- ☐ Undersök huden för trycksår och blåmärken.
- ☐ Titta efter kontrakturer/sammandragna muskler eller snedställningar.
- ☐ Gör en munbedömning. Kan det göra ont i tänder eller tandkött? Använd gärna ROAG.
- ☐ Äter personen som vanligt?
- ☐ Fungerar magen normalt? Normal avföring?
- ☐ Undersök om personen sover tillräckligt

Samla in anamnes

Göra en fysisk bedömning



3. TITTA

Titta och observera om personen ger uttryck för smärta. Observationsskalor hjälper oss att identifiera möjliga tecken på smärta.

Abbey Pain Scale-SWE – För bedömning av tecken på smärta hos personer med demenssjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal. Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3

1. **Ljuduttryck** – t ex gnyr, jämrar sig, gråter ☐

2. **Ansiktsuttryck** – t ex ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut ☐

3. **Förändrat kroppsspråk** – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel ☐

4. **Förändrat beteende** – t ex ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen ☐

5. **Fysiologisk förändring** – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet ☐

6. **Kroppslig förändring** – t ex hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer ☐

Typ av smärta: Långvarig ☐ Akut ☐

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa:

Framtagen av universitetsskolor Christina Karlsson, Örebro universitet
Originalskalor: Abbey J, Filler N, De Bellis et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 10(1): 4-13

Det finns olika observations- och beteendeskalar som t. ex Abbey pain scale- SWE

Eftersträva objektivitet

Skatta det du ser här och nu utan att lägga in en egen värdering – som att personen uttrycker oro/ångest i stället för smärta eller inte "borde" ha ont. Det är mänskligt men kan hindra en objektiv bedömning.

Gör bedömning vid förflyttning och olika tidpunkter. Är smärtan nociceptiv eller neuropatisk? Detta är viktigt för att sätta in rätt behandling.

Att
observera



4. TEAMARBETE/ANALYS

Diskutera och kritiskt reflektera med det multiprofessionella teamet om det kan vara smärta utifrån information och tecken som har identifierats.

Visar den kliniska bedömningen att det inte finns smärta eller personen förnekar?
Är vi säkra på att personen har förstått frågan?
Kan det ändå finnas smärta?

Ger den fysiska bedömningen och historiken en bild av att det kan eller borde finnas smärta men smärtskattningen visar låga poäng? Vad gör vi då?

Har personen fått lugnande eller antipsykotiska läkemedel? Hur kan vi tolka smärtbedömningen då?

Är det ändrade beteendet eller symtomen uttryck för oro, ångest och/eller smärta. Hur vet vi?

Vilken typ av smärta har personen. Nociceptiv eller neuropatisk?

Tolkar jag det som ett "gammalt eller normalt beteende"? Kan det stå för smärta?

Att vara nyfiken
Förberedd
Låta alla få komma till tals





Smärtbedömning i fyra steg vid kognitiv sjukdom

1. SJÄLVSKATTNING

Försök få personen att skatta sin smärta själv.



 **MILJÖ** Genomför samtalet i en lugn miljö och använd kommunikationshjälpmedel som hörapparater, glasögon, ställ frågan i skrift, bildstöd. Tolk till rätt språk.



 **SPRÅK** Man kan ha glömt eller förlorat förmågan att förstå ordet smärta. Använd ord som personen bäst känner igen – som ont, värk eller på andra språk. Testa olika!



LÄKEMEDEL Om personen står på lugnande eller antipsykotiska läkemedel kan det påverka både verbala och icke-verbala smärtuttryck.



 **KROPPSUPPFATTNING** Förändrad kroppsuppfattning är vanligt. Man kan ha ont på ett ställe men säga ett annat. T.ex kan man peka på munnen men egentligen ha ont i ryggen.

3. TITTA

Titta och observera om personen ger uttryck för smärta. Observationsskalor hjälper oss att identifiera möjliga tecken på smärta.

[illegible]

Det finns olika observations- och beteendeskolor som t. ex Abbey pain scale- SWE

Eftersträva objektivitet

Skatta det du ser här och nu utan att lägga in en egen värdering – som att personen uttrycker oro/ångest i stället för smärta eller inte "borde" ha ont. Det är mänskligt men kan hindra en objektiv bedömning.

Gör bedömning vid förflyttning och olika tidpunkter. Är smärtan nociceptiv eller neuropatisk? Detta är viktigt för att sätta in rätt behandling.

2. KLINISK BEDÖMNING/ANAMNES

Finns det bakomliggande orsaker till smärta?

Samla in information/anamnes

- ☐ Finns det artros, cancer, stroke, migrän eller andra sjukdomar förknippade med smärta?
- ☐ Har personen ramlat eller slagit sig?
- ☐ Hur har personen betett sig innan vid smärta? Finns det individuella tecken?
- ☐ Har personen beteendemässiga- och psykiska symtom (BPSD)? Ta hjälp av BPSD registret, NPI-NH skala och beteendeschema.

Gör en fysisk bedömning

- ☐ Testa olikrörelser och om personen tillåter, känn igenom kropp.
- ☐ Undersök huden för trycksår och blåmärken.
- ☐ Titta efter kontrakturer/sammandragna muskler eller snedställningar.
- ☐ Gör en munbedömning. Kan det göra ont i tänder eller tandkött? Använd gärna ROAG.
- ☐ Åter personen som vanligt?
- ☐ Fungerar magen normalt? Normal avföring?
- ☐ Undersök om personen sover tillräckligt

4. TEAMARBETE/ANALYS

Diskutera och kritiskt reflektera med det multiprofessionella teamet om det kan vara smärta utifrån information och tecken som har identifierats.

Visar den kliniska bedömningen att det inte finns smärta eller personen förnekar?

Är vi säkra på att personen har förstått frågan?

Kan det ändå finnas smärta?

Ger den fysiska bedömningen och historiken en bild av att det kan eller borde finnas smärta men smärtskattningen visar låga poäng? Vad gör vi då?

Har personen fått lugnande eller antipsykotiska läkemedel? Hur kan vi tolka smärtbedömningen då?

Är det ändrade beteendet eller symptomen uttryck för oro, ångest och/eller smärta. Hur vet vi?

Vilken typ av smärta har personen. Nociceptiv eller neuropatisk?

Tolkar jag det som ett "gammalt eller normalt beteende"? Kan det stå för smärta?

Vad tycker teamet





SKaTTa

Personcentrerad smärtb...

För vems skull



