



**HUR SJUKSKÖTERS KOR KAN IDENTIFIERA SMÄRTA HOS
PATIENTER MED DEMENSSJUKDOM**

**Författare: Marika Jarlbrink & Marina Olofsson
Handledare: Eva Söderman**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
November 2002**

Arbetets titel:	Hur sjuksköterskor kan identifiera smärta hos patienter med demenssjukdom
Engelsk titel:	How nurses can recognize pain of patients with dementia.
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1.
Institution:	Högskolan i Trollhättan/Uddevalla Institutionen för omvårdnad.
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng, SSK 00V
Antal sidor:	28
Författare:	Marina Olofsson och Marika Jarlbrink
Handledare:	Eva Söderman
Datum:	November 2002

ABSTRACT

The aim of this study has been to acquire knowledge about how patients with dementia express their pain and how nurses can be able to perceive their pain. We have gathered information by doing a study in literature. Literature concerning pain in combination with patients having dementia is hard to find. Patients with dementia experience just as much pain as other patients, but they have hard to express it and make it noticed and comprehended. This partly depends on lack of knowledge among the caregivers. It is important that nurses learn to recognize and perceive the expressions and signs - verbal and/or non-verbal - that these patients show. If we are not aware of and attentive to these signals, the pain will not be noticed and assessed in a correct way, which results in more pain and suffering for the patient. This study brings up a variety of behaviour and expressions that can be a great help to know for nursing staffs working with this kind of patients. Sometimes the behaviours and expressions are easier to recognize by using a tool. In this study we give three examples of such tools.

Keywords: Dementia/pain, dementia and history/pain, elderly, pain,

Nyckelord: Dementa/smärta, dement och historia/smärta, smärta, äldre

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>INLEDNING</u>	1
<u>BAKGRUND</u>	1
<u>Sjuksköterskan ansvarsområde</u>	1
<u>Demens</u>	2
<u>Demensformer</u>	3
<u>Smärta</u>	4
<u>Smärta hos personer med demenssjukdom</u>	7
<u>Tänkbara orsaker till smärta</u>	6
<u>SYFTE</u>	9
<u>METOD</u>	9
<u>Sökmetoder</u>	9
<u>Urval</u>	10
<u>Analys</u>	13
<u>RESULTAT</u>	14
<u>Hur patienter med demenssjukdom uttrycker sin smärta</u>	14
<u>Icke-verbala uttryck</u>	15
<u>Verbala uttryck</u>	16
<u>Hur sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma smärta hos en patient med demenssjukdom</u>	17
<u>Hjälpmiddel för analys och smärtbedömning</u>	17
<u>Det personliga verktyget - känslan och kunskapen</u>	19
<u>DISKUSSION</u>	21
<u>Metoddiskussion</u>	21
<u>Resultatdiskussion</u>	21
<u>SAMMANFATTNING</u>	25
<u>REFERENSER</u>	26
<u>Bilaga 1</u>	1
<u>Bilaga 2</u>	2

INLEDNING

I arbetet ute i vården har vi upplevt både nonchalans och okunskap i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom. Det har väckt frustrationer hos oss och det känns angeläget att forska vidare inom detta område. Vi har valt att inrikta oss på smärtproblematiken hos dessa patienter. Alla människor kan ha svårt att uttrycka och förklara sin smärta, och har man diagnosen demens kan förmågan att tänka konkret och förmedla sig verbalt ha försvunnit. Här har vi en viktig uppgift som sjuksköterskor att ta reda på hur patienter med demenssjukdom uttrycker sin smärta. Enligt Kristoffersen (1998) kan egen erfarenhet av lidande vara till hjälp för att upptäcka och för att förstå en annan människas lidande. Situationen som den lidande är i kan visserligen var olik den som hjälparen själv har upplevt. Patienten kanske uttrycker lidandet på ett sätt som är främmande för hjälparen, men lidandet i sig och de mänskliga behoven är i hög grad lika.

BAKGRUND

Sjuksköterskan ansvarsområde

Enligt Virginia Henderson består sjuksköterskans ansvar i att hjälpa individen, sjuk eller frisk, i situationer där vederbörande själv saknar resurser i form av kunskap, kraft eller vilja att utföra dagliga aktiviteter inom de aktuella behovsområdena, samt i att verkställa medicinska ordinationer (Kristoffersen, 1998). I socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) beskrivs sjuksköterskans kompetens och ansvarsfrågor. Den som ansvarar för omvårdnaden skall se till att åtgärderna genomförs på ett ändamålsenligt sätt och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I ansvarsområdet för sjuksköterskan ingår att ha ett primärt ansvar för omvårdnad samt att ansvara för att omvårdnadsåtgärder planeras,

genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt och samordnas med behandling samt andra åtgärder. Sjuksköterskan skall även se till att omvårdnadsåtgärder genomförs i samarbete med andra personalgrupper. Ansvaret omfattar också att de etiska och omvårdnadsteoretiska grunderna tydliggörs, så att det kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Här ingår även att utvärdera den egna verksamheten och att följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att möjliggöra förtrogenhet med och förmedling av nya rön.

I § 2 hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anges att målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för alla. I § 2 a beskrivs hur hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven av en god vård. Den skall särskilt vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, samt vara lätt tillgänglig. Den skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Demens

Demens är en beteckning för en rad symptom med mycket olika bakgrund, men huvudsymptomet är minnesstörningar (Melin & Bang Olsen, 1999). Olika forskare har egna förslag till diagnoskriterier, men i Europa följer man nu de kriterier som har uppställts av WHO¹. ICD 10² kallas de kriterier som WHO har som krav på symptom för att diagnosen demens skall få ställas. Det första kriteriet är en försämrad minnesförmåga. Det andra är nedsättning av andra kognitiva funktioner, vilka innefattar

¹ Världshälsoorganisationen.

² International Classification of Diseases, tionde versionen.

abstraktionsförmågan, omdömesförmågan, tankeförmåga och planeringsförmågan. De första två symptomen skall vara så kraftiga att de påverkar normala dagliga aktiviteter. Även förändringar av personlighet, beteende, känslomässig labilitet, irritabilitet, apati och förgrovning av socialt beteende kan ingå. Minst ett av dessa fyra symptom skall finnas. Patienten skall fortfarande ha bibehållen medvetandegrad. Symptomen skall ha funnits i mer än 6 månader för att diagnosen demens skall få ställas. I ICD 10:s senaste utgåva, klargör man att det måste finnas en hjärnskada för att man skall kunna tala om demens. Härigenom kan man skilja demens från andra tillstånd med symptom liknande demens, där hjärnsubstansen inte visar tecken på skada (Melin & Bang Olsen, 1999). Förändringarna kan t.ex. medföra svårigheter att finna likheter mellan olika ord eller störningar i omdömes- och bedömningsförmågan, samt svårigheter att tänka abstrakt.

Demensformer

Demensdiagnosen täcker en rad sjukdomar som har olika angreppspunkter i hjärnan (Melin & Bang Olsen, 1999). I dag talar man om tre olika demensformer beroende på vilken del av hjärnan som har angripits.

Vid kortikal demens sitter skadan i den bakre delen av hjärnan (hjärnbarken). Där finns tankeförmågan, bearbetning av sinnesintryck till meningsfulla upplevelser, samt förmedling av aktivitetsorder till musklerna. Inlärd färdigheter som ex. språk har sin bas här. Den vanligaste demenssjukdomen i detta område är Alzheimers demens. Störningar i detta hjärnområde kan ge afasi³, apraxi⁴ och agnosi.⁵

³ Störningar i språk och tal.

⁴ Oförmåga att trots bibehållen rörlighet utföra vissa rörelser, t.ex. av- och påklädning.

⁵ Svårigheter att tolka och uppfatta sinnesintryck korrekt.

Frontalloben är den största av de fem lober som finns i var hjärnhalva. Där sitter skadan vid frontal demens (pannlobsdemens). Frontallobsområdets överordnade funktion är planläggning och viljekraft. Symptom som är karaktäristiska är hämningslöshet, impulsiva handlingar och taktlöshet. Ofta ser man en markant personlighetsförändring. Den sjuke har nedsatt inlevelseförmåga och saknar medkänsla för andra människor. Personer med frontallobsdemens väcker uppmärksamhet eftersom de klart avviker från andra och har stora svårigheter att anpassa sig till normer som gäller i t.ex. olika former av äldreboende.

Subkortikal demens, innebär skador i området under hjärnbarken som medverkar vid styrning av musklerna och vid känslouttryck. Karaktäristiskt för drabbade personer är långsamhet, minnesproblem och apati. (Melin & Bang Olsen, 1999).

Smärta

Bragée & Bragée (1999) ställer sig frågan om det går att logiskt bestämma vad som är smärta? Eliten av internationella smärtforskare stötte här på ett problem. ”Hur definierar man en känsla?” Hur definierar man smärta och kärlek för en person som aldrig har upplevt kärlek och smärta? Det är som att förklara en färg för den som är född blind. Ställs frågan ”Vad är smärta?” till barn, svarar de ”Det som gör ont.”, vilket inte hjälper oss mycket; lika lite som att säga ”himmens färg är blå” till den blinde. Ställs frågan till barnen en gång till säger de mycket riktigt ”När man gjort sig illa, när man ramlar”. De kopplar ihop smärtan och skadan. Det här klarade också de lärda smärtdoktorerna: ”Smärta är en obehaglig upplevelse som vi sätter i samband med skada” (a.a. s.26).

En fråga som fick smärtforskarna att fastna i långa diskussioner är följande: En liten gumma ser på dig med lidande blick och berättar att hon har en fruktansvärd eld i armen, men hon har aldrig slagit sig eller haft någon infektion. Hon verkar vara glad och pigg för övrigt, har hon en verklig smärta eller bara ett smärtbeteende? Smärtforskarna enades till slut om ett viktigt tillägg till sin första definition, enligt Internationella smärtforskningsorganisationen IASP⁶: ”Smärta är en obehaglig sinnesupplevelse, som starkt och specifikt känslomässigt engagerar oss och som är utlöst av en verklig eller hotande vävnadsskada eller som beskrivs som en sådan” (Bragée & Bragée 1999; Ericson & Ericson 1996). Definitionen innebär att smärta är en sinnes- och känsloupplevelse som kan uppstå dels naturligt på grund av en verklig skada, dels på grund av att nervsystemet luras att registrera smärta utan att det är frågan om någon vävnadsskada eller sjukdom (Nystrand & Röhl, 1999). All smärta är subjektiv och individuell, därmed unik för den enskilde individen. Det här kan verka lätt att förstå, men är den i särklass svåraste kunskapen att ta till sig för både vårdpersonal, anhöriga och patienter (Bragée & Bragée, 1999).

Människor är olika känsliga för smärta och har olika smärttrösklar (Nystrand & Röhl, 1999). Personer med hög smärttröskel har stor motståndskraft mot smärta, medan människor med låg smärttröskel upplever smärta lättare. All smärta påverkar och påverkas av vårt psyke och kan leda till oro, ångest och depression. Sådana psykiska symptom ökar i sin tur känsligheten för smärta. Smärta brukar delas in i fyra grupper efter dess karaktär och orsaker. Det är viktigt att fastställa vilken huvudkategori av smärta personen lider av, eftersom en del behandlingsmetoder bara är effektiva mot vissa typer av smärta.

⁶ International Association for the Study of Pain

Nociceptiv smärta beror på att sinnesceller, nociceptorer, i vävnaden skadas eller hotas att skadas. Ofta förknippas detta med synliga skador i huden ex. skärsår eller brännskador. Men nociceptorerna finns inte bara i huden utan i nästan alla inre organ t.ex. tarmarna, njurarna och hjärtat.

Neurogen smärta uppkommer p.g.a. skada eller förändrad funktion i själva nervsystemet. Man skiljer på central och perifer neurogen smärta. Vid central smärta finns orsaken i hjärnan eller ryggmärgen.

Perifer neurogen smärta är skador eller störningar i nervsystemet ute i kroppen, utanför hjärnan och ryggmärgen. Psykogen smärta orsakas oftast av olika psykiska sjukdomar. Denna typ av smärta är svår att förklara. En teori är att symptom som ångest och depression aktiverar vissa delar av hjärnan som har betydelse för smärtupplevelsen.

Sista gruppen kallas smärta utan känd orsak. Trots att omfattande undersökningar har gjorts kan det inte påvisas att någon skada eller sjukdom ger upphov till smärtan, men smärtan är ändå lika verklig för den drabbade. Sådan smärta kan dröja sig kvar i kroppen trots att sjukdomen eller skadan är läkt (Nystrand & Röhl, 1999).

Tänkbara orsaker till smärta

Det är viktigt att vara medveten om vad det kan finnas för olika orsaker till smärta t ex. rörelse- och beröringssmärta, neurogen smärta, kontrakturer, förslitningar i lederna m.m. (Nilsson, Franch, Strömberg, Hafström & Lundell, 2002). Även en felaktig kroppsställning, exempelvis att patienten har suttit för länge i samma ställning eller att patienten har legat på ett ansträngt/obekvämt sätt kan utgöra en orsak till smärta. Andra

orsaker som är viktiga att tänka på är förstoppning, magkatarr, diarré, infektion och urinretention. Även i munnen kan det uppstå problem så som svamp, sår, blåsor, illasittande protes och tandvärk. I Norins och Carlssons (2000) studie har framkommit att ett ändrat ätbeteende eller matvägran kan bero på smärta i munnen, vilket inte är ett helt ovanligt tecken. Ögonen kan vara infekterade och torra och i öronen kan eksem eller inflammation förekomma (Nilsson et al 2002). Det finns även orsaker som ligger till grund för psykisk smärta som t ex. rädsla att inte förstå vad som händer här och nu. Patienten kan känna oro över att inte ha kontroll över sin livssituation, drabbas av identitetsförvirring och depression. Smärtsamma minnesfragment kan utlösa ångest som i sin tur hör ihop med rädsla och oro.

Smärta hos personer med demenssjukdom

Demenssjukdomar i sig leder inte till smärttillstånd, men de ger svårigheter för personen att tolka och beskriva sina besvär och att utvärdera behandling (Nydevik, 1999). För en person med demenssjukdom kan själva upplevelsen vara förändrad p.g.a. störningar av perception⁷ och kroppsuppfattning. Detta gör att det är svårt att lokalisera smärtan, upplevelsen blir mera diffust obehaglig. Det blir också svårare att beskriva och analysera smärtan så att en annan person kan förstå problemet. Demenssjukdomarna påverkar språkförmågan så att olika grader av dysfasi⁸ utvecklas (Rahm Hallberg, 1996). En person med demenssjukdom får problem med att benämna det som han/hon upplever, t.ex. kan "aj det gör ont!" innebära att personen upplever någonting som är obehagligt i en vidare bemärkelse. Individerna kan däremot inte ange om det är smärta, panik eller rädsla. Om det gör ont och hur det gör ont, t. ex. "jag har ont här nere på

⁷ Iakttagelse, förmimelse.

⁸ Det verbala språket mister sin abstrakta karaktär.

benet” (a.a. s.79). Kan dessa beteenden inte kommuniceras och förstås så visar bl.a. studier av Marzinski (1991) och Closs (1994) att smärtan blir bristfälligt bedömd eller till och med ignorerad. Detta i sin tur kan leda till att patienten blir underbehandlad vilket är ett problem som speciellt drabbar patienter med demenssjukdom. Språket tenderar att bli osammanhängande där dock budskapet kan finnas med (Rahm Hallberg, 1996).

Att tolka smärtförekomst hos patienter med demenssjukdom är en svår uppgift som ligger i händerna på andra t.ex. vårdare i personens värld. Risken finns att personens nedsatta förmåga att uttrycka sina upplevelser tas som intäkt för att personen inte upplever något inom sig. Patienter med demenssjukdom uppfattas särskilt i framskridet skede av sjukdomen, som om de inte upplever obehag eller lever i en slags trygg och ”salig” värld dit inte smärta och annat obehag når.

Patienter med demenssjukdom gör saker som kan uppfattas besynnerliga, problematiska och meningslösa t.ex. vandra fram och tillbaka i en korridor, packa väskan om och om igen, stoppa fel saker i munnen och gråta efter mamma (Åstrand, Andersson, Blom, Calais, Gummersson, Wernius, Myhr, Sillén, Svanberg, Örtengren, Karlsson, Nilsson & Eriksson, 2002). Det troliga är att dessa beteenden är logiska utifrån deras sätt att se på tillvaron. Det är viktigt att försöka förstå vad som döljer sig bakom det synliga beteendet. Kan man inte urskilja den egna kroppens gräns från omgivningen är det inte konstigt att man pekar i luften och säger att det är där man har ont eller att man blir aggressiv när man inte kan förklara sin smärta. Förståelsen av smärta hos patienter med demenssjukdom grundar sig på allmän kunskap om smärta och särskilt på kunskap om smärta hos äldre (Rahm Hallberg, 1996).

För att äldre ska tala om sin värk kan det vara avgörande att vårdaren visar sitt intresse. Ger vårdaren intryck av att ha mycket att göra eller upplevs sakna empatisk förmåga blir den äldre mindre benägen att tala om sin värk (Olsson, 2001). Smärtupplevelser varierar från person till person och de är präglade av kultur och särskilt av den tidens kultur som den drabbades liv präglas av. Det finns studier som visar att långvarig smärta är vanligt hos äldre men forskningsområdet är inte lika intressant som smärttillstånd hos yngre. Det är vanligt att äldre personer har flera sjukdomar samtidigt, vilket medför primär eller sekundär risk för långvarig smärta (Rahm Hallberg, 1996).

SYFTE

Syftet med den här litteraturstudien var att belysa hur patienter med demenssjukdom uttrycker sin smärta och hur sjuksköterskor kan uppmärksamma smärtan hos dem.

Följande frågor har ställts:

- Hur uttrycker patienter med demenssjukdom sin smärta?
- Hur kan sjuksköterskor uppmärksamma smärta hos patienter med demenssjukdom?

METOD

Sökmetoder

Vi har gjort en litteraturstudie. Innan det egentliga forskningsarbetet måste man enligt Backman (1998) ”läsa på”, ta del av tidigare dokumentation inom det valda området. Vi skaffar oss igenom litteraturgranskningen en bakgrund och en överblick av vad man vet inom ett givet problemfält. Sökning inom problemområdet har gjorts på Biomedicinska biblioteket i Göteborg, biblioteket på Sahlgrenska universitetssjukhus och på Höskolan

Trollhättan/Uddevallas bibliotek. Sökning har skett via internet i databaserna Cinahl, SweMed+, ArtikelSök, Ideal, PubMed, SpriLine, Kluwer online och katalog SOFIA. Pub Med var den databas som gav oss mest material. Sökord/keywords som använts är dement/dementia, smärta/pain, smärta och demens/pain and dementia, äldre och smärta/elderly and pain, historik och smärta/history and pain. De sökord som gav oss mest artiklar var smärta och demens/pain and dementia. Vid funna relevanta artiklar har sökning kunnat gå vidare genom förslag på liknade sidor. Även manuell sökning har skett i tidsskrifter, läroböcker och C-uppsatser. Genom referenslistorna i de funna artiklarna har nytt material kunnat komplettera studien. Vi fick genom en klasskamrat rådet att ta kontakt med en demenssjuksköterska som precis hade avlagt en rapport inom detta område. Vi tog kontakt med henne via telefon och fick hennes material hemskickat till oss. Genom sökning i databas hittade vi även ett arbete utfört av två lärare från högskolan Uddevalla/Trollhättan som vi kontaktade och fick på så vis tillgång till deras uppsats.

Urval

Sökningen har begränsats från åren 1990 och framåt, för att få så färsk material som möjligt till grund för vårt arbete. Vi har utgått från artiklar på svenska, norska och engelska språket för att det är de språk som vi behärskar. Gruppen vi valde att bedriva studien kring var över sextiofem år, på grund av att de som drabbas av demenssjukdom ofta befinner sig över denna ålder. Vi har valt att söka på vetenskapliga artiklar och i tidsskrifter för att få ett så relevant material för syftet. Den största delen av artiklarna var vetenskapliga men vi har också hittat bra artiklar som inte är vetenskapliga. Material har använts från både kvalitativa och kvantitativa studier. I sökning på databaserna kunde vi på vissa träffar få ut ett abstract av dokumentets innehåll och kunde redan där gallra ut

de artiklar som inte var relevanta. Den största delen av artiklarna var vetenskapliga men vi har också hittat bra artiklar som inte är vetenskapliga. Det har inte funnits så mycket material att tillgå inom detta område. Detta resulterade i att ett fåtal artiklar har gett oss mycket material och resterande lite från varje.

En översikt av analyserande litteratur.

Författare och år	Tidskrift & Titel	Abstract
Andersson, S., Blom, A., Calais, G., Erikon, U., Gummesson, A., Karlsson, E., Nilsson, A., Myhr, K., Sillén, E., Svanberg, U., Wernius, S., Åstrand, R & Örtengren, L.	Internet, fil: < http://www.liv.se/demens> 2002-05-02-14,37. Omvårdnadsaspekter i demensvården.	Inom demensvården är god omvårdnad och ett adekvat bemötande av den dementa A och O för den enskildes välbefinnande och livskvalité. Avgörandet är inte alltid VAD vi gör utan HUR vi gör.
Bergh, I & Sjöström, B. 1999	Journal of Gerontological Nursing. 5, 30-36. A Comparative Studie of Nurses' and Elderly Patients' Rating of Pain and Pain Tolerance.	En jämförelse mellan hur patienter med demenssjukdom upplever smärta och smärttolerans och hur sjuksköterskorna värderar smärta hos denna patientgrupp.
Closs, S J. 1994	Journal of Advanced Nurcing. 19, 1072-82. Pain in elderly patients: a neglected phenomenon.	Är smärta hos äldre personer ett försummat fenomen?
Cohen-Mansfield, J & Creedon, M. 2002	The Clinical Journal of Pain. 18, 64-73. Nursing Staff Memers' Perseptions of Pain Indicators in Persons With Servere Dementia.	En studien där sjuksköterskornas uppgift var att identifiera smärta hos patienter med demenssjukdom som inte kunde kommunicera med sitt tal.
Epps, C D. 2001.	Geriatric Nursing. 22, 71-77. Recognizing Pain in the Institutionalized Elder with Dementia.	En undersökning som visar vilken kunskap det finns när det gäller att fastställa smärta hos äldre patienter med demenssjukdom.
Huffman, J, C & Kunik, M, E. 2000.	The Gerontologist. 40, 574-81. Assessment and Understanding of Pain in Patients With Dementia.	Den grupp som oftast är underbehandlad vid smärta är äldre patienter och framför allt om det inte kan kommunicera.

Kovach, C, R. Weissman, D,E. Griffie, J. Matson, S & Muchka, S. 1999.	Journal of Pain and Symptom Mangement. 18, 412-19. Assessment and Treatment Of Discomfort for People with Late- Stadge Dementia.	Patienter med demenssjukdom är den patientgrupp som blir åsidosatt när det gäller att fastställa smärta och den blir ofta obehandlad. Även dokumentationen hos dessa patienter är tunn.
Kovach, C.R Noonan, P,E,. Griffie, J., Muchka, S & Weissman,D E. 2001.	Applied Nursing Research,14,193- 200. Use of the Assessment of Discomfort in Dementia Protoccol.	Ett protokoll som har utvecklats för att känna igen och behandla fysisk smärta hos patienter med demenssjukdom som inte längre själva kan tala om hur det känner.
Luggen, A. 1998.	Journal of Gerontological Nursing. February. 48-54. Chronic Pain in Older Adults.	Hur kronisk smärta påverkar livskvaliteten hos äldre människor.
Marzinski, L,R. 1991.	Journal of Gerontological Nursing. 17, 25-28. The Tragedy of Dementia: Clinically Assessing Pain in the Confused, Nonverbal Elderly.	Många patienter med demenssjukdom får hjälp av vårdpersonal men på grund av att denna patientgrupp har svårt att uttrycka sin smärta så brister omvårdnaden på grund av dålig kunskap hos personalen.
Morrison, R, S & Siu, A, L. 2000.	Journal of Pain and Symptom Managment. 19, 240-48. A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture.	Patienter med demenssjukdom befinner sig i en riskgrupp när det gäller upptäckt och obehandlad smärta.
Nilsson, M., Franch, G., Strömberg, M., Hafström, A-C & Lundell, S. 2002.	Rapport, Uddevalla Kommun. Smärta & Demens.	Hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka.
Norin, K & Carlsson, M. 2000.	Fördjupningsarbete Göteborgs Universitet. Smärtidentifiering av äldre demenssjuka patienter.	En kvalitativ studie, där man intervjuade vårdpersonal hur de upptäcker smärta hos patienter med demenssjukdom.

Nydevik, I. 1999.	Äldre i Centrum. 3, 16-18. Smärta hos demenssjuka.	Patienter med demenssjukdom har smärtsamma sjukdomstillstånd i samma omfattning som icke dementa, men de har svårare att tolka och uttrycka sin smärta.
Olsson, A. 2001.	Vårdfacket 2/01, 1-24.	Främsta orsaken till att människor söker hjälp inom sjukvården är att det har ont. Den hjälpen borde det kunna få.
Rahm Hallbeg, I. 1996.	Vård. 2, 75-86. Smärta och smärtbedömning hos demensdrabbade.	Olika strategier för hur man som vårdare kan känna igen signaler på smärta hos patienter med demenssjukdom.
Simons, W & Malabar, R. 1995.	Journal of Advanced Nursing. 22, 663-69. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally	Ett schema där man observerar smärta och sätter in smärtlindring efter behov. Sen gör man en utvärdering
Slovan, R. Ahern, M. Wright, A & Brown, L. 2001.	Journal of pain and Symptom Management. 21, 317-22. Nurses' knowledge of Pain in the Elderly.	Målet med denna studie var att undersöka sjuksköterskornas kunskap om smärta och smärtbehandling hos patienter med demenssjukdom.
Von Hofacker, s. 2001.	Omsorg 4, 53-54. Smertevurdering hos pasienter med alvorlig demens.	Visar att det finns olika möjligheter att värdera och hitta uttryck för smärta hos patienter med demenssjukdom.

Analys

Efter insamling av information i ett forsknings- utrednings- eller utvecklingsarbete behöver vi systematisera, komprimera och bearbeta materialet för att kunna besvara de frågor vi ställt (Patel & Davidson, 1994). Under tiden artiklarna lästes igenom ställdes de två frågeställningarna. Samtidigt markerades frågeställningarna och material till diskussionen med sin egen färg. Frågorna var ett hjälpmedel för oss, det gjorde att vi lätt

kunde se om artiklarna var relevanta för vårt syfte. När vi skulle gå igenom materialet och bearbeta de olika områdena var för sig, gjorde färgmarkeringarna att det var lättare att hitta rätt material till varje område. Artiklarna ställdes mot varandra och vi gjorde olika jämförelser för att se om vi kunde hitta samband som knöt dem samman. Patel & Davidson (1994) skriver att valet av litteratur bör göras så att det som undersöks blir belyst ur fler än en synvinkel och att efter upprepade genomläsningar kan mönster, teman och kategorier ses. Vi sökte svar i artiklarna genom att frågorna delades upp i två kategorier under varje frågeställning.

RESULTAT

Hur patienter med demenssjukdom uttrycker sin smärta

Det som gör det särskilt svårt att värdera om och hur patienter med demenssjukdom lider av smärta av något slag är den nedsatta kommunikationsförmågan (Rahm Hallberg, 1996). Patienten är förhindrad att kommunicera sin upplevelse till omvärlden på ett entydigt sätt. Således vilar det på vårdaren att på olika sätt försöka skapa sig en föreställning om hur patienter med demenssjukdom lider av smärta. Olika beteende ger inga säkra tecken på smärta eftersom det kan vara patientens coping⁹ stil, ångslan, depression, deras sociala och kulturella bakgrund (Closs,1994). Men det viktigaste är att frånvaro på smärtbeteende inte nödvändigtvis betyder att patienten inte har någon smärta.

⁹ Coping = anpassning

Icke-verbala uttryck

I en studie gjord av Kovach, Weissman, Griffie, Matson och Muchka (1999) undersöktes 104 patienter med en långt gången demenssjukdom för att hitta olika beteenden som tyder på smärta. De kom fram till att de vanligaste beteendena var ett spänt kroppsspråk, ledsamt ansiktsuttryck och rastlöshet. Nilsson, Franch, Strömberg, Hafström och Lundell (2001) tar också upp spänd kroppshållningen och kroppsspråket.

De nämner också knutna händer, att patienten gnuggar händerna, sitter tätt ihop med knäna i en orörlig ställning. Smärtan kan också ta sig uttryck genom andningen, som ljudlig andning, gäspning, perioder av snabb andning och hyperventilation. Kovach, Weissman, Griffie, Noonan och Muchka (2001) tar även upp andra vanliga symtom som t.ex. rastlösa kroppsrörelser, grimaser, aggressioner, motstånd, jämrande och gråt. Patienten försökte också i vissa fall ta sig bort från stället där han/hon befann sig t.ex. sängen eller rullstolen för att bli fri från sin smärta.

Closs (1994) och Ebbs (2001) beskriver att patienterna med demenssjukdom har svårt att uttrycka sin smärta. Closs delade in beteendena i två grupper som skulle beskriva smärta hos dessa patienter. Den första gruppen kallade han den verbala gruppen och den andra för den icke-verbala gruppen. Den icke-verbala gruppen uttryckte smärtan genom kroppsspråket och detta innefattade att vara på sin vakt, ovanlig kroppshållning, gnidande och skavande runt området på kroppen som smärtar, förvridning och grimasering av ansiktet. Smärta kan också visa sig genom ansiktsuttryck som t.ex. hopknipna ögon, stängda ögon, rynkad panna, hopdragna ögonbryn, spända läppar, rynkad näsa och öppen mun. (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002).

Norin och Carlsson (2000) har i en empirisk studie av patienter med demenssjukdom, funnit vissa tecken som kan kopplas till smärta, t.ex. att patienten blir svettig. Rahm Hallberg (1996) tar upp att hudens värme och fuktighet kan vara en ”mätare” på hur patienter med demenssjukdom mår och ett uttryck för smärta. Även andra små signaler eller beteendeförändringar kan vara tecken på smärta, som t.ex. förändrat gångmönster eller att patienten sitter annorlunda och lutar sig åt ena eller andra hållet (Norin & Carlsson, 2000). Enligt Rahm Hallberg (1996) kan de kroppsliga uttrycken vid smärta handla om att reagera med vrede och irritation när uppgifter ska genomföras som medför ökad smärta t.ex. förflyttning.

Nilsson et al (2002) tar upp beteenden som på grund av smärtan visar sig genom psykiska uttryck. Patienten kan visa själslig oro genom att ex. gunga, banka, dra sig undan och vara hjälpsökande. Stämningläget kan förändras och ta sig uttryck som orkeslöshet, gråtmildhet, irritation eller visad ökad förvirring. Patienten kan också bli aggressiv, slåss, kasta saker, rivas och sparkas. Ofta förekommer sömnrubbingar så att han/hon har svårt att somna, vaknar ofta och sover oroligt. Sinnesintrycken förändras, patienten blir mer ljud- och ljuskänslighet och kan även bli känslig för beröring. Även depression och passivitet kan bero på smärta (Nydevik, 1999).

Verbala uttryck

Kovach, et al (2001) gjorde en studie för att få ytterligare kunskap om smärtuttryck hos patienter med demenssjukdom. I denna studie ingick 161 patienter. Verbal klagan antogs av sjuksköterskorna vara det vanligaste symtomet, men det var bara i 20 % av protokollen som användes i studien som verbal klagan framkom som en orsak, där

sjuksköterskorna kunde identifiera att verbal klagan var ett uttryck för smärta. Closs (1994) och Ebbs (2001) beskriver att patienter med demenssjukdom har svårt för att beskriva sin smärta. Den verbala gruppen, uttryckte sin smärta genom klagande, vädjande, hysteriskt skrikande, gråtande, jämmer och suckande.

Enligt Kovach et al (1999) fick de fram att patienter med demenssjukdom uttryckte sig med förvrängda ord och verbala utbrott. Det är nödvändigt att vara lyhörd även för enstaka ord och uttryck, fragmenterade meningar och situationer där det kan uppträda vid t.ex. beröring. I Kovach et al (2001) studie så kunde sjuksköterskan ibland uppleva att patienten hade ett förändrat beteende och frågade då om han/hon hade ont. Patienten svarade då nej. Sjuksköterskan gav ändå patienten analgetika för att se om det skedde någon förändring och i många fall blev patienten lugnare. Det är viktigt att lyssna efter vilka känslor som förmedlas genom ton och tonhöjd, intensitet, spänning i rösten etc. (Rahm Hallberg, 1996).

Hur sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma smärta hos en patient med demenssjukdom

Hjälpmedel för analys och smärtbedömning

Nilsson et al (2002) har utformat ett observationsschema (bilaga 1) som är avsett att vara ett hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt tolka tecken och signaler som kan vara uttryck för smärta och obehag hos patienter med demenssjukdom. Vid första kontakten skall personalen observera vårdtagaren under dygnet och dokumentera patientens beteende, ansiktsuttryck, kroppshållning och eventuella egenheter i olika situationer. Dessa uppgifter skall föras in i omvårdnadsstatus i vårdplanen. Personalen skall dokumentera vad de ser, hör och känner. De skall även pröva enkla åtgärder. Åtgärder

och resultat skall följas upp med dokumentation.

1999 gjorde Kovach et al en studie med hjälp av ett ADD¹⁰ protokoll. Protokollet var avsett att användas för patienter som hade en långt gången demenssjukdom och som inte själva kunde förmedla hur de mådde. Sjuksköterskorna skulle följa upp patienterna i sju olika steg, (se bilaga 2). Protokollet har utformats för att få fram: a) ett noggrannare sätt att fastställa fysisk smärta eller annat obehag hos patienter med demenssjukdom som inte kan förmedla sin smärta verbalt; b) en noggrannare och fullständigare behandling för fysisk smärta och annat obehag; och c) att minska onödigt användande av psykofarmaka.

Skattningsskalor gör det lättare för oss personal att beskriva och dokumentera problemet och kan också vara till stor hjälp när det gäller att utvärdera behandling (Nydevik, 1999). Hurley m.fl. gjorde en skala med nio punkter för att mäta obehag hos patienter med demenssjukdom (Simons & Malabar, 1995). Den skulle användas som hjälpmedel för sjuksköterskor för att kunna observera beteendeförändringar i denna patientgrupp. De nio punkterna innehöll bl.a. högljudd andning, ledsamt eller skrämt ansiktsuttryck, bister uppsyn, otillfredsställdhet, spänd kroppshållning och nervositet. De kom fram till att det inte räckte att bara gå efter punkterna utan att det var viktigt att tänka på att det finns fler aspekter runt patienten som är viktiga för att utreda smärta. Huffman och Kunik (2000) skriver att många använder sig av denna skala på akut förvirrade patienter. De kom fram till att fastän skalan var generellt bra så krävde den träning och var väldigt svår att använda även för rutinerade sjuksköterskor.

¹⁰ The Assessment of Discomfort in Dementia

Det personliga verktyget - känslan och kunskapen

Med hjälp av olika källor kan ett underlag för bedömning av smärta utformas (Rahm Hallberg, 1996). Dit hör t.ex. ”kunskap om huruvida personen har sjukdomar eller skador som vanligen ger upphov till smärtor” (a.a. s.82). Det är också viktigt att ha kännedom om patienten har någon tidigare sjukdom som t.ex. cancer och var metastaserna kan sitta. Detta underlättar för att förstå varifrån patientens eventuella smärta kan komma. Andra sjukdomar som också kan vara bra att vara uppmärksam på är t.ex. förslitningssjukdomar, sjukdomar som gett upphov till pareser, kontrakturer samt restsymtom efter trauman. Vårdaren skall kunna vara observant på om t.ex. ett ovanligt beteende kan vara uttryck för smärta. För att kunna ta ställning till om smärta föreligger kan det vara en god bedömningsgrund att ha kunskap om hur patienter med demenssjukdom brukar bete sig i situationer då allt ”är som vanligt” (Rahm Hallberg, 1996, Morrison & Siu, 2000). Den kunskapen kan vanligen inte en patient med demenssjukdom förmedla. Den måste inhämtas från närstående eller vårdare som känner personen väl, och kan ge en beskrivning om hur personen brukat bete sig och reagera i olika situationer.

Von Hofacker (2001) poängterar i sin studie hur viktigt det är att läkaren och övrig vårdpersonal arbetar tillsammans med patientens anhöriga som är en viktig informationskälla. De kan berätta om patientens liv, sjukhistoria, tidigare medicinering och erfarenhet av hur patienten tidigare har reagerat på smärta. Frågor som tas upp med anhöriga är: Finns det något i patientens beteende som tyder på smärta? Vilken typ av smärta har patienten? Hur är patientens mentala och funktionella status? Är patienten deprimerad? Behöver patienten hjälp med sin ADL? Hur fungerar syn och hörsel? Läkaren måste vara flexibel när det gäller sina undersökningsrutiner. Det måste finnas

tillräckligt med tid för patientens behov. Vårdpersonalen måste observera och dokumentera förändringar i patientens beteende, stämningsläge och dagliga funktioner. För att bäst få fram en bild av hur patienten mår måste man som arbetsgrupp arbeta på ett enhetligt sätt och kommunicera med varandra.

I Norins och Carlssons studie (2000) framkom det att personalen använder sig av fyra av sina fem sinnesfunktioner för att upptäcka smärtproblematiken hos patienter med demenssjukdom.

Att se och vara observant på patienten med demenssjukdom är ett redskap som vårdpersonalen använder sig av när patienten ej kan uttrycka sig adekvat eller meddela sin smärta.

Att höra, vara lyhörd och lära sig lyssna är ett annat subjektivt instrument som vårdpersonalen har att tillgå, för att försöka förstå innebörden i ett uttryck hos en patient med demenssjukdoms.

Sjuksköterskan måste också kunna använda sig av konsten att kunna känna eller palpera patientens kropp för att kunna skapa sig en helhetsbild.

Slutligen används också luktsinnet vid sökandet av orsaken till patientens smärta. Att alltid vara observant på de lukter som utsöndras från patienten, som ex. vid urinvägsinfektion. Personalen är i stor utsträckning beroende av sin egen bedömning, patientens beteende och kroppsspråk för utvärderingen (Nydevik, 1999). Det är viktigt att personalen gör sin bedömning lika från gång till gång och att de dokumenterar sina iakttagelser på ett konsekvent sätt. Utmaningen ligger i att personalen verkligen känner

sig in i den sjukes situation och med stöd av faktisk data, observationer och sina egna känslor skapar sig en förståelse av hur han/hon kan ha det.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det har varit positivt att göra det här arbetet tillsammans för att vi båda känner starkt för detta ämne. Det har varit lätt att samarbeta på grund av att vi många gånger har samma värderingar och lika åsikter. Vi tror att det har besparat oss tid och många onödiga diskussioner. När vi sökte litteratur fann vi att detta område var väldigt begränsat. Det fanns mycket skrivet om demens och smärta var för sig men kombinationen demens/smärta saknades. Det är ett ämne som är dåligt forskat inom och det framkommer nästan i alla de artiklar som vi har läst. Artiklarna har varit mycket svårlästa på grund av engelskt fackspråk och det har varit tidskrävande att ta sig igenom och förstå dem. Att ställa frågor till artiklarna och markera svaren i olika färger har varit ett bra sätt att arbeta på. Efter genomgång av alla artiklar hade vi då lättare att gå tillbaka och se hur mycket material som fanns till varje fråga. Frågan ställdes till oss när vi började med denna studie: Finns det tillräckligt med material för att få svar på er studie? I och med detta så kändes det ännu mer angeläget att leta. Vi anser att det är väldigt viktigt att lyfta fram detta ämne, dels på grund av egna intressen men framför allt för att det finns för lite kunskap.

Resultatdiskussion

Vad vi kan finna inom sjuksköterskans ansvarsområde och få ut av vårt arbete, upplever vi att det finns brister i vården när det gäller omvårdnaden för patienter med

demenssjukdom. Enligt Kovach et al (2001) är igenkännande av beteende för smärta och obehag hos denna patientgrupp ett försummat område. Många av sjuksköterskorna uttrycker själva i vårt material att de saknar kunskap om smärta hos patienter med demenssjukdom och en del av dem önskar att få mera utbildning inom detta område. Luggen (1998) tar upp att skillnaden mellan vad som publiceras i vetenskapliga artiklar och vad som praktiseras ute i verksamheten är för stor. Allt för många sjuksköterskor går från utbildning till yrke utan att någonsin uppdatera sin kunskap. Varför uppdaterar inte sjuksköterskorna sig? Kan en av orsakerna vara att de vetenskapliga artiklarna är svårlästa? Är det så att sjuksköterskorna behöver hjälp med att utvecklas och undervisas under hela sin yrkesverksamma tid?

Enligt en studie gjord av Bergh och Sjöström (1999) tyckte sjuksköterskorna att de måste få en ökad kunskap beträffande smärta och smärthantering, samt förändra sitt sätt att arbeta med smärthantering. Enligt Epps (2001) bör sjuksköterskor som arbetar med patienter med demenssjukdom ha kunskap och erfarenhet när det gäller uppskattning av smärta. Closs (1994) gjorde en undersökning bland sjuksköterskor om deras kunskap och upplevelser av dessa patienters smärta och det visade sig att de kände sig osäkra vid bedömning av smärta hos denna grupp av patienter. Enligt Sloman, Ahern, Wright och Brown (2001) är det sjuksköterskorna med flera års erfarenhet som har kunskap om smärta för äldre. Ju mer erfarenhet sjuksköterskorna har av dessa patienter desto mer kunskap om smärtreaktioner och smärthantering har de. Kunskapen av effektiv smärthantering av våra äldre patienter kräver teoretisk förståelse kombinerat med klinisk erfarenhet.

Många sjuksköterskor tror att de flesta patienter uttrycker sin smärta verbalt. De har stor brist på kunskaper om icke- verbala uttryck. Vi kan tydligt se i Kovachs et al (2001) artikel att sjuksköterskorna antog att det vanligaste sättet att uttrycka sin smärta var verbalt, men det visade sig efter undersökningen att 80 % av patienterna uttryckte sin smärta med verbala kombinerat med icke-verbala uttryck. I samband med denna okunskap har vi genom artiklarna också kunnat se att dessa patienter ofta får fel typ av läkemedel. Många patienter får psykofarmaka mot psykiska symtom, när det i själva verket handlar om fysisk smärta som inte är utredd. Kovach et al (2001) tar upp att de som kan uttrycka sig verbalt får mer analgetika¹¹ och respons från sjuksköterskan, jämfört med dem som inte kan förmedla sig verbalt. Enligt Marzinski (1991) visade det sig att det inte var en rutin hos sjuksköterskorna att använda sig av någon typ av smärtskala eller fråga patienterna med demenssjukdom om de hade någon smärta. Vad är det som brister? Kan det handla om brist på kunskap? Är det tidsbrist eller kan det bero på för dåligt intresse för denna grupp av patienter? Är det en ”jobbig” patientgrupp som ingen orkar ta tag i?

Vi har valt att ta med olika typer av smärta för att det är en viktig kunskap att ha med sig som sjuksköterska. När man arbetar med en patientgrupp som inte kan uttrycka sig verbalt ex. patienter med demenssjukdom är det ännu viktigare. Vilken typ av smärta är det som patienten har? Hur kan vi hjälpa just den här patienten? Får patienten rätt sorts analgetika? Utvärderingar är svåra att göra i denna patientgrupp på grund av att patienten har så svårt för att uttrycka sig. Rahm Hallberg (1996) skriver att svaret måste avläsas från många olika, ofta små tecken på att det som gjorts har varit bra eller dåligt för patienten.

¹¹ Smärtstillande

När det gäller smärta hos patienter med demenssjukdom saknas det fortfarande bra instrument att arbeta med. När vi läste igenom Nilsson et al (2002) rapport kände vi däremot att de hade kommit fram till vad vi tror kan vara ett bra instrument för att finna orsaker till beteendeförändringar orsakade av smärta hos dessa patienter. De har lyckats få fram de olika dimensionerna av smärta så som fysisk, psykisk, social och andlig, existentiell smärta. Vi ställer oss frågan; hur vanligt är det att sjuksköterskor tänker på alla dessa aspekter vid smärtbehandling?

Att arbeta med patienter med demenssjukdom är både ett fysiskt och psykiskt krävande arbete. Det kräver ett starkt engagemang och kunskap hos vårdpersonalen. Kanske kan det vara så att en av orsakerna till att det är så tungt att arbeta med patienter med demenssjukdom är att man inte har lärt sig tillräckligt mycket om dessa beteenden. Det är viktigt att man går in och tar reda på vad orsaken till smärtan är. Får man reda på orsaken till smärtan och kan behandla den på rätt sätt så får vi också lugnare och mindre förvirrade patienter. Vi har funderat på det här med olika demensformer och om det kan ha någon betydelse för hur patienten uttrycker sin smärta. Man kanske måste börja med att ta reda på vilken demensform patienten har, vilket område i hjärnan som är skadat och därifrån utgå ifrån om patienten har någon möjlighet att uttrycka sig verbalt.

Många gånger under arbetes gång har vi diskuterat att det är förvånande att ämnet är så outforskat till och med år 2002. Bristen på kunskap av patienter med demenssjukdom och deras smärtproblematik är stor och patientgruppen dåligt prioriterad.

SAMMANFATTNING

Eftersom patienter med demenssjukdom har svårt för att förmedla sin smärta använder de sig av olika beteende. Beteendena kan ta sig uttryck på många olika sätt, indelningen har gjorts i icke-verbala och verbala beteenden. De icke-verbala beteendena har visat sig vara de vanligaste uttrycken för smärta.

Det är viktigt att vi som sjuksköterskor fångar upp de uttryck som signaleras genom icke-verbala och verbala beteenden. Det kan vi göra genom att använda oss av olika typer av verktyg som t.ex. skalor och bedömningschema. De olika verktygen kombinerat med den egna kunskapen och inlevelsen kanske kan hjälpa vårdpersonalen att ge patienter med demenssjukdom ett värdigare liv.

REFERENSER

Andersson, S., Blom, A., Calais, G., Erikon, U., Gummertsson, A., Karlsson, E., Nilsson, A., Myhr, K., Sillén, E., Svanberg, U., Wernius, S., Åstrand, R & Örtengren, L. (2002). *Omvårdnadsaspekter i demensvården*, Internet, fil: <<http://www.liv.se/demens>> 2002-05-02 14.37

Backman, J. (1998). *Rapporter och Uppsatser*. Studentlitteratur, lund.

Bergh, I & Sjöström, B. (1999). A Comparative Studie of Nurses' and Elderly Patients' Ratings of Pain and PainTolerance. *Journal of Gerontological Nursing*. 5, 30-36.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber AB.

Bragée, B & Bragée, B. (1999). *Kroppens vrede. En bok om smärta*. Uddevalla: Albert Bonniers förlag.

Closs, S, J. (1994). Pain in elderly patients: a neglected phenomenon. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1072-81.

Cohen-Mansfield, J & Creedon, M. (2002). Nursing Staff Members' Perseptions of Pain Indicators in Persons With Severe Dementia. *The Clinical Journal of Pain*. 18, 64-73.

Epps, C, D. (2001). Recognizing Pain in the Institutionalized Elder with Dementia. *Geriatric Nursing*. 22, 71-77.

Huffman, J, C & Kunik, M, E. (2000). Assessment and Understanding of Pain in Patients With Dementia. *The Gerontologist*. 40, 574-81.

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Författningshandbok Stockholm: Socialdepartementet.

Kovach, C, R. Weissman, D, E. Griffie, J. Matson, S & Muchka, S. Assessment and Treatment Of Discomfort for People with Late-Stage Dementia.(1999). *Journal of Pain and Symptom Management*. 18, 412-19.

Kovach, C. R., Noonan, P, E., Griffie, J., Muchka, S & Weissman, D, E. (2001). Use of the Assessment of Discomfort in Dementia Protocol. *Applied Nursing Research*. 14, 193-200.

Kristoffersen, N, J.(red). (1998). *Allmän omvårdnad. del 1*. Stockholm: Liber.

Luggen, A. (1998). Chronic Pain in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing. Februari*. 48-54.

Marzinski, L, R. (1991). The Tragedy of Dementia: Clinically Assessing Pain in the Confused, Nonverbal Elderly. *Journal of Gerontological Nursing*. 17, 25-28.

Melin, E & Bang Olsen, R. (1999). *Handbok i demens*. Stockholm: Kommentus Förlag.

Morrison, R, S & Siu, A, L. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*. 19,240-48.

Nilsson, M., Franch, G., Strömberg, M., Hafström, A-C & Lundell, S. (2002). *Smärta & Demens*. Uddevalla Kommun.

Norin, K & Carlsson, M. (2000). *Smärtidentifiering av äldre demenssjuka patienter*. Göteborgs universitet, Fördjupningsarbete.

Nydevik, I.(1999).Smärta hos demenssjuka. *Äldre i Centrum*. 3, 16-18

Nystrand, A. & Röhl, A.(1999). *Smärta Aktuell medicinsk forskning*.
Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

Olsson, A. (2001). Tema Smärta. *Vårdfacket* 2/01, 1-24.

Patel, R & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund:
Studentlitteratur.

Rahm Hallberg, I. (1996) Smärta och smärtbedömning hos
demensdrabbade. *Vård*. 2, 75-86.

Simons, W & Malabar, R. (1995). Assessing pain in elderly patients who
cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 663-69.

Sloman, R. Ahern, M. Wright, A & Brown, L. (2001). Nurses' knowledge
of Pain in the Elderly. *Journal of pain and Symptom Management*. 21, 317-
22.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso-
och sjukvården*. Författningshandbok. Stockholm: Socialstyrelsen.

Von Hofacker, S. (2001). Smertevurdering hos pasienter med alvorlig
demens. *Omsorg* 4, 53-54.



UDDVALLA KOMMUN
SOCIALNÄMNDEN

SMÅRTA & DEMENS - OBSERVATIONSSCHEMA

Datum & Klockslag	Namn		Födelsedatum		Observation utförd av	
	TECKEN Vad ser, hör och känner Du?	TÅNKBARA ORSAKER Vad kan det bero på?	TÅNKBARA ÅTGÄRDER Vad gör Du åt det?	RESULTAT Vad ser Du för effekt?	Hur länge kvarstår effekten?	

- Gör observationer av vårdtagarens beteende i olika situationer under dygnet.
- Notera i observationsschemat.
- För över sammanställningen av observationerna i omvårdhastatus.

Assessment for Discomfort in Dementia (ADD) Protocol

Name: _____ Reason For: _____

Possible Triggers: _____

1. Assessment	+	-	N/A	Notes
↑ BP, P, sweating				
↑ T				
Eyes, nose, mouth				
Skin				
Heart/Lungs				
Abdomen				
BM/Rectal check				
Extremities				
Multistix urine				
MMSE				
Other S&S				

√ if done

2. √'d R/T Current or past Hx of pain
3. If assessment is negative, initiate nonpharmacologic interventions
4. If unsuccessful, medicate with non-narcotic analgesic per written order
5. If symptoms persist, consult with physician/other health professional or medicate with "as needed" psychotropic per written order
6. Evaluation documented
7. Follow-up plan initiated

Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se