



Smarter og kognitiv svikt

Karin Torvik

Førsteamanuensis

Nord Universitet

Definisjon på smerter

"En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade"

**International Association for the Study of Pain
(IASP)**



Akutt smerte

”Pain of recent onset and probable limited duration, usually having an identified temporal and causal relationship to injury or disease”

(Ready & Edwards 2003, British Pain Society & British Geriatric Society 2007)



Langvarig eller kronisk smerte

- ▶ "Pain that persists beyond the point at which healing would be expected to be complete (generally considered to be three months) or that which occurs in disease processes in which healing does not take place. Persistent pain may be accompanied by severe psychological and social disturbance. Persistent pain can be experienced by those who have no evidence of tissue damage (Harstall & Ospina 2003, British Pain Society & British Geriatric Society 2007)

Forekomst av smerte hos eldre

5

- Generelle befolkning – 33% over 60 år rapporterte kroniske smerter (Rustøen 2005)
- Hjemmeboende eldre fra 75 til 99 år – over 50% (Borglin 2005, Wergeland Sørbye 2009)
- Sykehjemspopulasjon – 28 – 87 % (Nygaard & Jarland 2005, Reynolds mfl 2008, Fox mfl 1999, McClean & Higginbotham 2002, Horgas mfl 2009, Torvik mfl 2009)
- Eldre med nedsatt kognitiv funksjon får mindre potent smertelindrende medikament og rapporterer sjeldnere smerte og lavere smerteintensitet enn eldre med god kognitiv funksjon. Dette kan delvis skyldes mangelfull smertekartlegging
(Mottis & Sue 2000, Hirdes & Proctor 2001, Horgas & Tsai 1998, Torvik 2009)

Smerte hos eldre

6

- Studier viser varierende resultat med hensyn til smerteterskel hos eldre (Hunt 2006, Gibson 2004, Catananti 2009)
- Redusert respons på stimuli som normalt er smertefullt (Cauna 1965)
- "Stumme hjerteinfarkt" er hyppig forekommende hos eldre og postoperative smerter etter abdominal kirurgi kan være redusert. Dette betyr at akutte nosiseptive fornemmelser fra dype strukturer er redusert hos eldre (Gagliese 2005)
- Det er imidlertid ikke funnet en sammenheng mellom visceral hypoalgesi og perifer hypoalgesi (Catananti 2009)



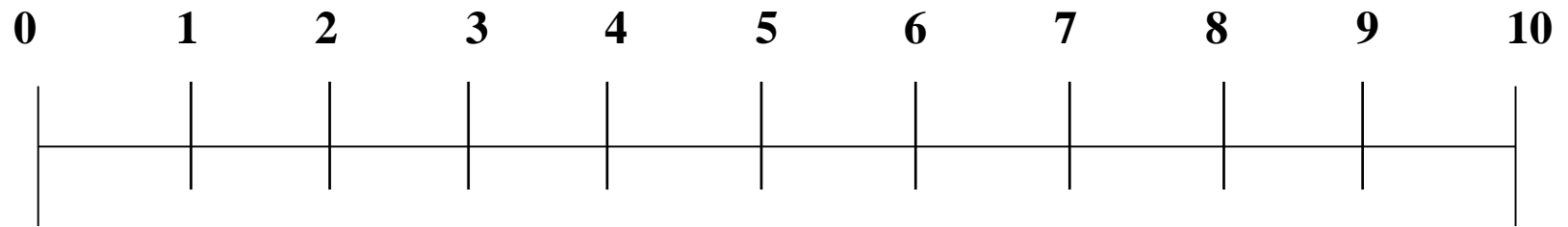
Selv rapportering av smerte

- ▶ Personens muligheter for å selv rapportere smerte avtar med økende demenssykdom
- ▶ Reduksjon i smerte hukommelse, språk og andre kognitive funksjoner på grunn av endringer i hjernen
- ▶ Personer med demens kan ha samme smerteopplevelse som personer uten demens
- ▶ Demenssykdommen kan ha påvirkning på hvordan smerteopplevelsen uttrykkes
- ▶ Personens mulighet for å gi verbalt uttrykk for smerte reduseres ved progredierende demenssykdom



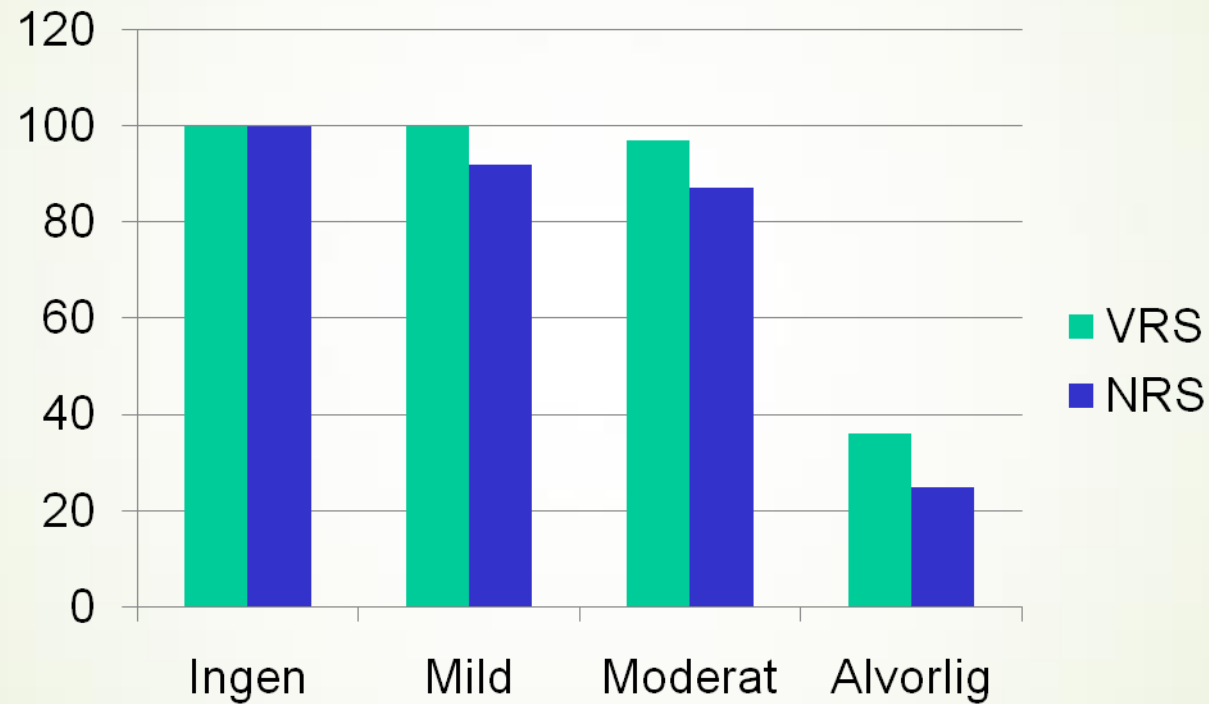
Selv rapportering av smerte

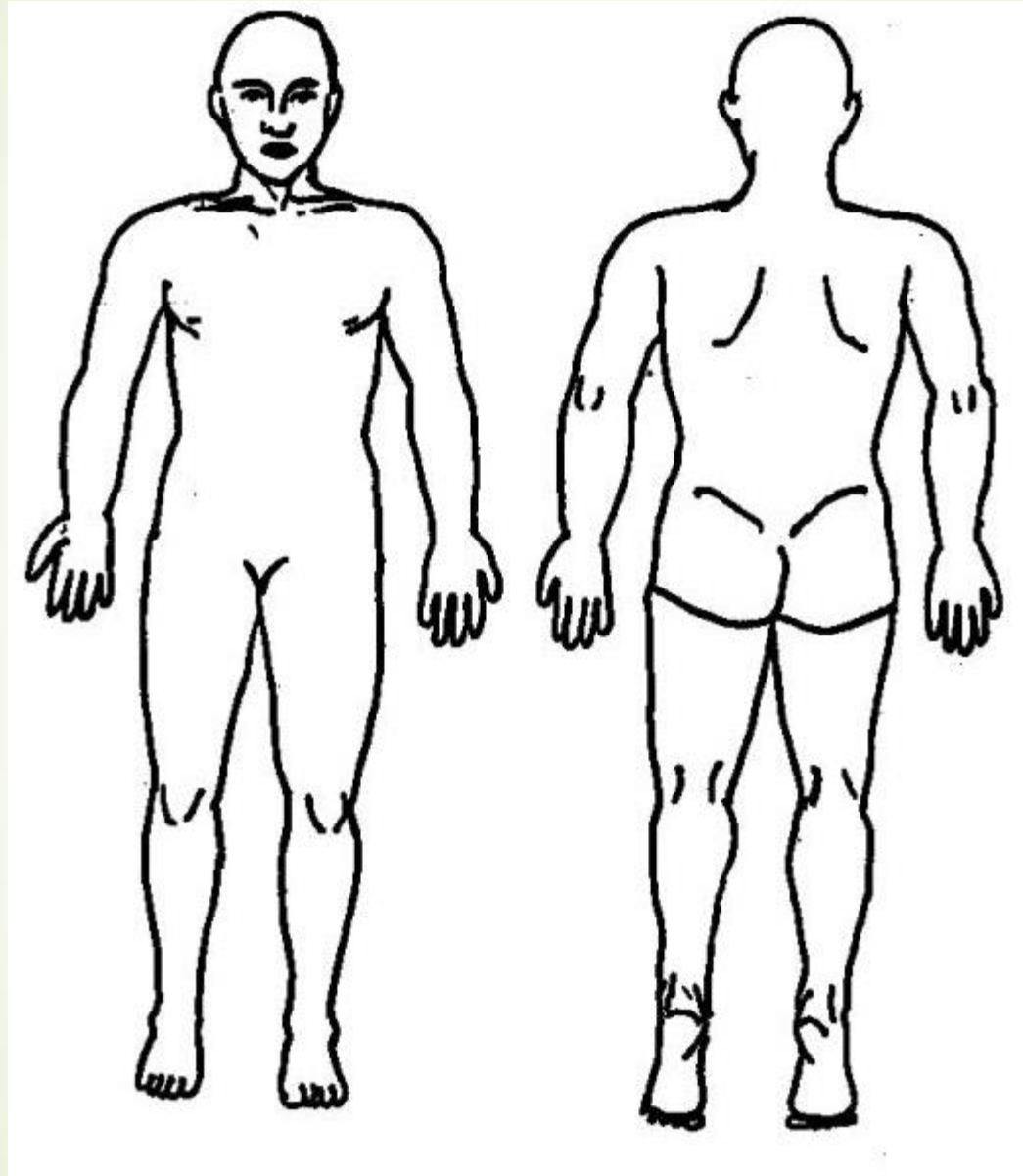
- Selvrapportering fra pasienter med sterkt redusert verbalt og / eller kognitiv funksjon kan være et enkelt ja eller nei på spørsmål om vedkommende har smerte
- Rolige omgivelser uten å bli forstyrret
- Spørre pasienten flere ganger hvis en ikke får svar første gangen
- Gi pasienten tid til å svare
- Prøv eventuelt igjen på et annet tidspunkt
- Følg pasientens tempo
- Hvis selv rapportering ikke er mulig, dokumenter og begrunn





Sammenligning av 4 punkts verbal skala (VRS) og 11 punkts nummerskala (NRS) avhengig av kognitiv svikt (Closs mfl 2004)







Kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell

- Sykepleiere og leger føler usikkerhet i forhold til å bruke kartleggingsverktøy, skille mellom uttrykk for smerte og andre problemer som delirium og demens og gi smertelindrende medikamenter til eldre med nedsatt kognitiv funksjon (Horgas & Tsai 1998, Mezinskis mfl 2004, Kaasalainen 2007)
- Leger og sykepleiere synes smertekartleggingsverktøy er nyttig, men bruker de i liten grad. Viktig med gode rutiner og opplæring av nye medarbeidere (Skauge mfl 2005)

Bakgrunnsdata

Profesjon	Total	Sykehjem		Hjemmesykepleie	
	n	n	%	n	%
Sykepleiere og Vernepleiere*	260	173	(63.8)	87	71.9)
Omsorgsarbeidere*	132	98	(36.2)	34	(28.1)
Antall år jobbet med eldre		Mean (SD) Range		Mean (SD) Range	
Sykepleiere og Vernepleiere		13.7 (9) 1 - 40		13.6 (8) 1 - 37	
Omsorgsarbeidere		18.7 (10) 1 - 42		17.8 (10) 1 - 33	

Hypighet I bruk av smertekartleggingsskjema I sykehjem og hjemmesykepleien. 1 = aldri, 2 = sjelden, 3 = noen ganger, 4 = ofte, 5 = veldig ofte

*p ≤.05, Fisher's exact test

Personnel		Syke- hjem	Hjemmesykepleie	p-verdi
		Mean SD	Mean SD	
Sykepleiere og Vernepleiere	Bruker VRS og NRS *	1.75 (± 1.1)	2.48 (± 1.3)	0.00*
	Bruker observasjonsbaserte	1.46 (± 0.9)	1.39 (± 0.7)	0.51
	Bruker standardiserte spm*	2.85 (± 1.5)	2.50 (± 1.3)	0.04*
Omsorgsarbeidere	Bruker VRS og NRS *	1.68 (± 1.0)	2.50 (± 1.3)	0.04*
	Bruker observasjonsbaserte	1.62 (± 1.0)	1.61 (± 1.0)	0.78
	Bruker standardiserte spm	2.79 (± 1.6)	2.73 (± 1.4)	0.08

Selvrapportert kompetanse I å behandle pasientens totale smerte hos ansatte I sykehjem og hjemmebasert omsorg

1 = veldig god, 2 = Ganske god, 3 = god, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig

*p ≤.05, Pearson's chi-square.

	Nursing Home		Home Care	
	Sykepleiere og Vernepleiere	Omsorgsarbeidere	Sykepleiere og Vernepleiere	Omsorgsarbeidere
Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Hvordan bedømmer du din egen kompetanse I å behandle pasientens totale smerte	2.34 (0.7)*	2.68 (0.8)	2.59 (0.7)*	2.56 (0.8)

- Arbeidsplassen (hjemmesykepleien) og regelmessig trening i bruk av kartleggingsverktøy forklarer over 20% av variasjonen av helsepersonells bruk av smertekartleggingsverktøy



Let etter årsaker til smerte

- ▶ Ved endring i adferd hos personer som ikke kan selvrappportere smerte bør en gjøre en grundig undersøke og vurdering av om endringen skyldes smerte
- ▶ En bør gå ut fra at endringen i adferd mest sannsynlig er uttrykk for smerte
- ▶ Ved mistanke om at pasienten har smerte bør en prøvemedisinere (diagnostisk og behandling)
- ▶ Mistanken skal komme pasienten til gode



Let etter årsaker til smerte

- ▶ Langvarig smerte er vanlig hos eldre på grunn av for eksempel arthrose, ryggplager, benskjørhet, nevropatisk smerte ol
- ▶ Muskel- og skjelettplager og nevrologiske sykdommer er mest vanlig årsaken til smerte hos eldre
- ▶ Fall
- ▶ Andre akutte smerterelaterte problemer som for eksempel urinveisinfeksjon, obstipasjon, pneumoni ol
- ▶ Pasienten kan ha postoperative smerter og trenger smertelindring før smertefulle prosedyrer (for eksempel sårskift) selv om vedkommende ikke greier å gi uttrykk smerte



Let etter årsaker til smerte

- ▶ Ved endring i adferd hos personer som ikke kan selvrappportere smerte bør en gjøre en grundig undersøke og vurdering av om endringen skyldes smerte
- ▶ En bør gå ut fra at endringen i adferd mest sannsynlig er uttrykk for smerte
- ▶ Ved mistanke om at pasienten har smerte bør en prøvemedisinere (diagnostisk og behandling)
- ▶ Mistanken skal komme pasienten til gode



Adferds observasjoner

- Hvis selvrapporing ikke er mulig, er observasjon av adferd et alternativ
- Ulike adferds uttrykk er identifisert som uttrykk for smerte
- Adferd er ikke et uttrykk for smerteintensitet
- Adferden kan være påvirket av psykologisk og emosjonelt stress
- Viktig å kjenne pasientens normale adferd
- Smerte gir seg uttrykk i endring av normal adferd



AGS smerteindikatorer 2002

- ▶ Ansiktsuttrykk
- ▶ Verbalisering/vokalisering
- ▶ Kroppsbevegelser
- ▶ Forandring i mellommenneskelig samhandling
- ▶ Forandring i aktivitetsmønster og rutiner
- ▶ Forandring i mental status

- 
- **Ansiktsuttrykk:** Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimasering, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
 - **Verbalisering, vokalisering:** Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop.
 - **Kroppsbevegelser:** Rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelse.
 - **Forandring i mellommenneskelig samhandling:** Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg,. Minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptable, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.

- 
- 
- ▶ **Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:** matvegring, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
 - ▶ **Forandring i mental status:** gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet
 - ▶ American Geriatrics Society (AGS). Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. Am Geriatr Soc: 50: 205-224
 - ▶
 - ▶ De fleste observasjonsbaserte smertekartleggingskjemaene bygger på disse smerteindikatorene. De som er understreket er de indikatorene som oftest forekommer hos personer med demens.

Smerteobservasjon

- 2 skjema er oversatt til norsk og prøvd ut på norske sykehjemspasienter
- Doloplus-2
- Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)
- MOBID-2, nytt skjema Bettina Husebø

Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer

(Nygaard, Bjøro)

	I hvile/ro	Ved bevegelse
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, ynker, roper, skriker, puster tungt, sukker)		
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", hakeslepp, fordreiet uttrykk)		
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, bord eller annen gjenstand)		
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)		
5. Gnir eller masserer det affiserte området		
6. Høylydte klager: verbale uttrykk (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser bannord eller edder eller roper i protest "stopp", "det er nok.")		
Totalskår		

Proxymåling, smerte - Dolopius-2 (n=77)

Dolopius-2 skår	Sykepleiers vurdering					
	"Ingen smerte" (n = 15)		"Smerte" (n = 40)		"Vet ikke" (n = 22)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 5 ("ingen smerte")	11	(73.3)	4	(10.0)	10	(45.5)
≥ 5 ("smerte")	4	(26.7)	36	(90.0)	12	(54.5)




Observasjonsbasert kartlegging

- Ingen fasit kun et hjelpemiddel
- Må sees i sammenheng med klinikken
- Bruk et instrument som er testet ut på personer med demens
- Bruk et skjema
- Bruk samme type skjema på en og samme pasient
- Kartlegging på et skjema kan ikke sammenlignes med kartlegging på et annet type skjema
- Søvn og døsigheit trenger ikke å ha sammenheng med at pasienten ikke har smerter



Fysiologiske tegn

- Fysiologiske tegn er ofte fraværende hos ældre og ved kroniske smerter
 - Fravær av fysiologiske tegn er ikke tegn på fravær av smerte hos ældre
- 



Gjenta kartleggingen og dokumentere

- Etter tiltak må pasienten kartlegges på nytt med samme instrument for å kartlegge effekten
- Tiltakene og effekten må dokumenteres i sykehjemmets dokumentasjonssystem under egen fane
- Det må lages en plan for den enkelte pasient for medisiner og kartlegging av smerte
- Jo mere smerte jo oftere må en kartlegge



Proxy rapportering av smerte

- Sykepleiere er nøkkelpersoner i kartleggingen av smerte i sykehjem
 - Regelmessig opplæring og trening
 - Pasientens nærmeste familie
 - Helsepersonell har ikke pasientens smertehistorie
- 



Barrierer for god smertelindring

- Sykepleierne har ikke fokus på smerte
- Sykepleierne spør ikke pasientene om de har smerte
- Kronisk smerte dokumenteres med diagnose ikke som opplevelse
- Kronisk blir spesielt oversett hos pasienter i en tidlig fase av demenssykdommen



Opplæring og trening

- Utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter
- Sykepleiere tolker endring i adferd som tegn på psykologisk stress
- Sykepleiere har lite trening i å identifisere og kartlegge smerte hos personer med demens
- Smerte hos personer med demens og det å føle seg utilstrekkelig i forhold til smertelindring hos denne pasientgruppen kan føre til stor turnover og utbrenthet i sykepleiergruppen

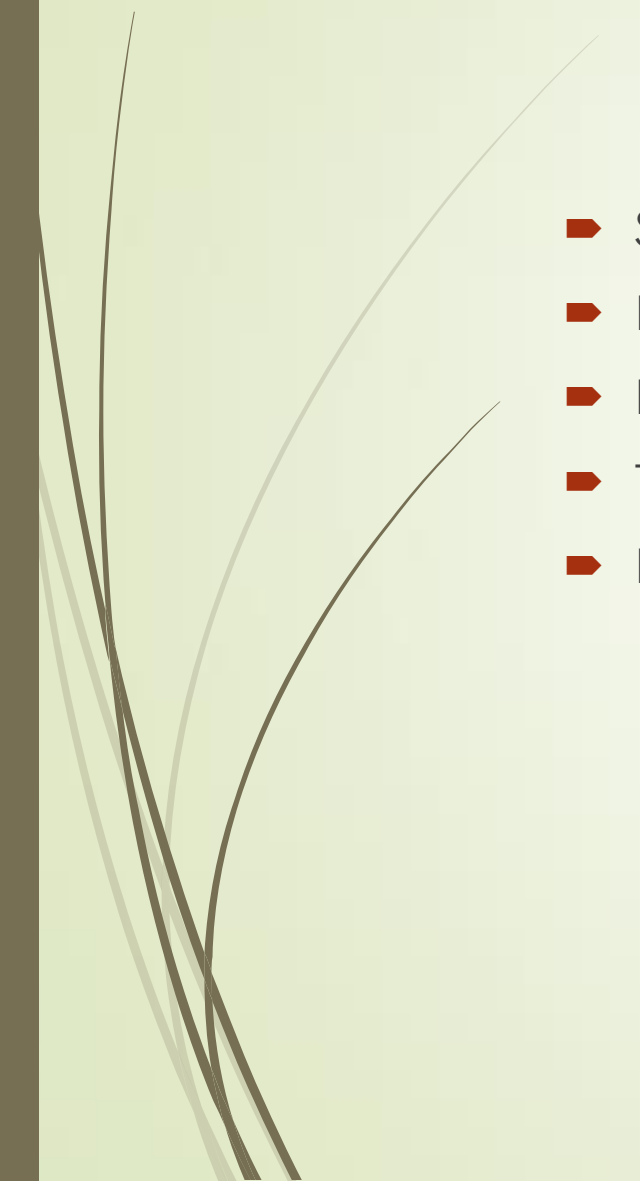


Oppdager smerte for sent

- Smerte blir ofte oppdaget for sent hos personer med demens
- Adferden tolkes som en adferd i forhold til pasientens demensdiagnose
- Sykepleiernes tolking av adferd er styrt av tidligere diagnoser og medikamenter
- Smerte blir satt fokus på når en ikke finner andre forklaringer på adferden
- Sykepleierne bruker ikke kartleggings skjema



Barrierer hos pasienten

- Smerte hører til aldringsprosessen
 - Redd for bivirkninger
 - Langvarig smerter
 - Tror ikke det finnes medikamenter som kan lindre
 - Redd for at medikamentene skal miste effekten
- 

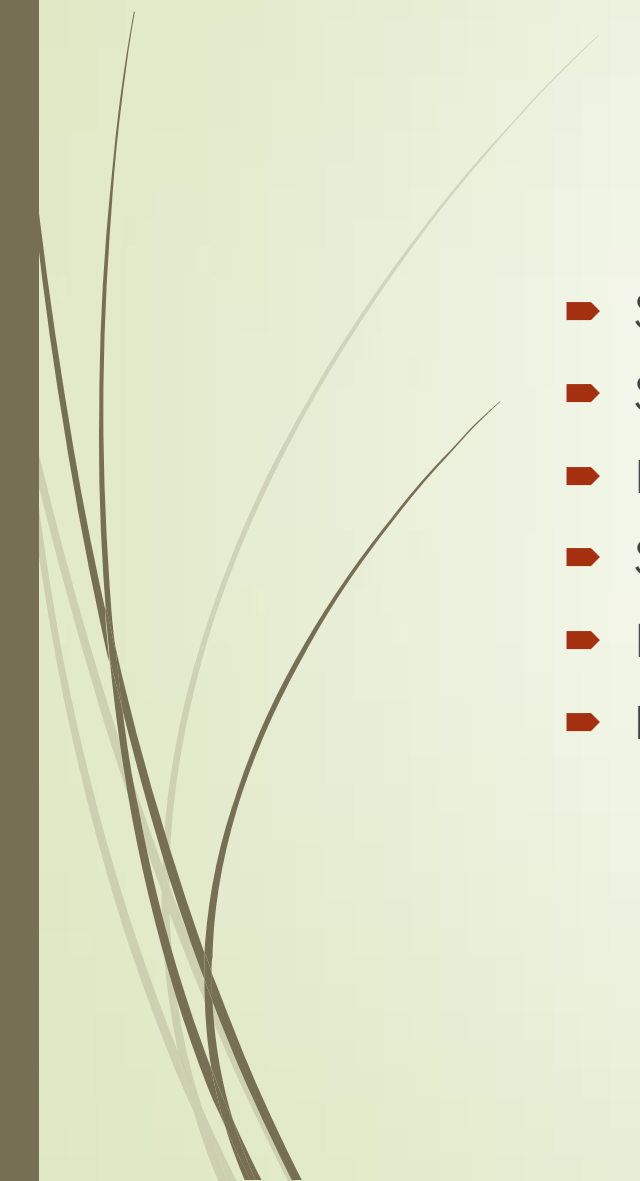



Strategier for god smertelindring

- Kjenne pasienten godt for å kunne tolke pasientens non verbale tegn
- «Smertesignatur»
- Primærsykepleie
- Tilbringe mye tid med pasienten. Studier viser fra 1 uke til måneder (Cohen Mansfield & Creedon, 2002)
- Sykepleierne har et «personlig» forhold til sin pasient
- Intuisjon basert på sykepleierens kliniske erfaring med smerte hos personer med demens



Strategier for god smertelindring

- ▶ Strukturert og regelmessig kunnskapsoppdatering
 - ▶ Strukturert og regelmessig trening
 - ▶ Bruk av kartleggings skjema
 - ▶ Smertekontakter «pådrivere»
 - ▶ Retningslinjer
 - ▶ Individuell plan for den enkelte smertepasient
- 



Personer med demens versus personer uten demens

- ▶ Personer med demens får mindre smertestillende medikamenter
- ▶ De får mindre potent medikamenter
- ▶ De får lavere dose
- ▶ De har samme sykdom som er forbundet med smerte
- ▶ Dette synker med økende grad av kognitiv svikt

- ▶ (Closs m.fl 2004, Torvik m.fl 2009)



Generelle prinsipper ved medikamentell smertebehandling

- Smerte som reduserer den eldres fysiske funksjon eller livskvalitet er en alvorlig smerte
- Behandlingsmål: den eldre skal ha smertebehandling som muliggjør at vedkommende kan delta i aktiviteter og oppnå akseptabel livskvalitet
- Minst invasiv administrasjonsmåte, helst i tablettform/mikstur

(American Geriatrics Society Panel, 2009)


Generelle prinsipper ved medikamentell smertebehandling

- Medikamenter ved behov eller fast
- Kombinasjon av medikamentell og ikke medikamentell smertebehandling
- Blanding av medikamenter med komplementær virkningsmekanismer kan gi økt effekt og mindre toksitet enn høyere doser av et enkelt medikament (rasjonell polyfarmasi)
- Prøvemedisinering

(American Geriatrics Society Panel, 2009)

Det er utfordrende for sykepleierne å fange opp signaler på smerte når signalene blir vage.

Det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener fordi aldersdemente mangler evnen til å skille mellom fortid, nåtid og fremtid. I følge Carlsen (1991) mener mange forskere og klinikere at det den aldersdemente formidler har en mening selv om det virker helt meningsløst og utenforstående (Carlsen, 1991). Å kommunisere med demente med svekket språkevne er utfordrende, og det stiller dermed store krav til sykepleiernes evne til empati og kommunikasjon (Eide & Eide, 2012c). I følge Szatkowski (2004) utvikler demenssykdommen seg gradvis. Jo mer svekket bruken av språket og stemmeføringen blir, jo større betydning vil kroppsspråket og mimikken få som uttrykksmiddel. Den demensrammede opplever også endring i å oppfatte andres kommunikasjon. Det legges større vekt på et tydelig kroppsspråk. Sykepleier som kommuniserer med demente må være bevisst i bruken av mimikk og kroppsspråk. Videre er det også viktig at sykepleieren kjenner til pasientens livshistorie da denne kan sette preg på hvordan personen kommuniserer (Szatkowski, 2004).



På grunn av aldersforandringer har demensrammede ofte endrede sansefølelser og kan derfor være overfølsomme for sterke sanseinntrykk. Under smertekartlegging og observasjon av pasientens atferd bør sykepleier være observant på bruken av stimuli. Man bør være oppmerksom på overfølsomhet av varme, kulde, lys, lyd og lukt. For å skape minst mulig forvirring er det lurt å stimulere så få sanser som mulig når man kommuniserer med den demensrammede pasienten. Sykepleier bør tilstrebe å bruke én kommunikasjonsform av gangen. For eksempel, når man bruker kroppen bør man holde munnen i ro, og omvendt. Hvis sykepleieren både bruker språk og bevegelser, må det være en sammenheng mellom, kroppen, stemmen og mimikken for at den demente skal forstå det som kommuniseres (Szatkowski, 2004). Eide og Eide (2012) poengterer at man skal sørge for at den demente ikke overveldes av inntrykk, men samtidig sørge for at hverdagen til pasienten er stimulerende nok. Det er viktig at sykepleier klarer å finne en balansegang da både over- og understimulering kan føre til forvirring og dårligere funksjon hos pasienten (Eide & Eide, 2012)

- Sykehjemspasienter har mye smerter. Hos eldre er symptomene på smerte ofte atypiske. Tegn på smerte kan være depresjon, angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller vekttap. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om atypiske symptomer slik at de kan forstå dem som uttrykk for smerter. Det er utfordrende å skille mellom tegn på smerte og symptomer på demenssykdommen.
- Smertevurderingen hos eldre med demens uten verbalt språk er en stor sykepleiefaglig utfordring. Disse pasientene er helt avhengig av at sykepleier har evnen og kompetansen til å tolke non-verbale tegn på smerte.
- For å kunne tolke pasientens non-verbale tegn på smerte spiller sykepleierens relasjoner, holdninger, kommunikasjonsferdigheter, empatiske evner og kunnskap om demenssykdommen en viktig rolle.