

Smerter

En guide til vurdering og håndtering af smerter hos mennesker med demens





HVORFOR EN GUIDE TIL VURDERING OG HÅNDBTERING AF SMERTER?

Hypigheden af kroniske smerter stiger med alderen. Det samme gør hypigheden af akutte smerter i forbindelse med sygdom. Blandt personer over 65 år lever 20-35 % med kroniske smerter.

Når smerter forekommer hyppigt blandt ældre mennesker, betyder det også, at mennesker med demens ofte har smerter. Udfordringen er dog, at smerter kan være svære at opdage, og det bliver kun sværere i takt med, at demenssygdommen udvikler sig. Det skyldes, at sygdommen påvirker personens evne til at forstå og give hensigtsmæssigt udtryk for sine smerter.

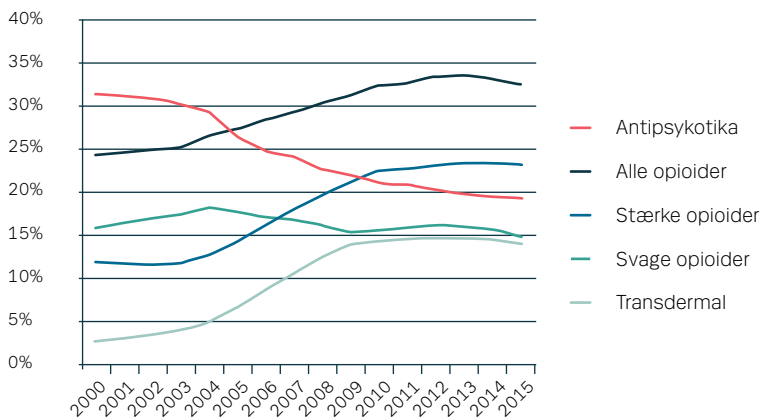
I dette hæfte får du viden om smerter og demens, og du bliver præ-senteret for en række fokusområder, som kan hjælpe dig med at vurdere, om en person med demens har smerter.

SMERTER OG DEMENS

Undersøgelser viser, at mennesker med demens sandsynligvis har samme intensitet af smerter med samme hypighed som mennesker uden en demenssygdom. Mennesker med demens rapporterer dog ikke smerter lige så ofte som andre mennesker. Det skyldes formentlig, at mennesker med demens på grund af kognitive vanskeligheder har svært ved at give udtryk for deres smerter.

Undersøgelser viser også, at mennesker med demens over 65 år i Danmark oftere får opioider (stærkt smertestillende medicin, morfin og lignende stoffer) end andre mennesker. Tallet er steget betydeligt i perioden 2000-2015. Det står i kontrast til, at smerter ikke altid identificeres hos denne gruppe, og det illustrerer, at der er store dilemmaer i smertebehandlingen af mennesker med demens. Derfor er det vigtigt med en metodisk og struktureret tilgang til opsporing af smerter hos personer med demens.

Udvikling i forbrug af opioider og antipsykotika hos ældre med demens



(Transdermal = plaster med opioid, som bliver sat på huden, hvor lægemidlet langsomt trænger ind i kroppen og blodbanen.)



Smerter kan være svære at opdage og vurdere hos en person med demens, fordi vedkommende:

- har problemer med sproget.
- har nedsat indsigt i egen sygdom.
- kan have svært ved at tolke smerter.
- kan glemme, hvad smerte er, og at det har gjort ondt.
- kan opfatte smerte anderledes end andre.
- udtrykker sig anderledes end mennesker uden kognitive udfordringer.
- ikke rapporterer smerter til omsorgsgivere.
- har en anderledes smertetolerance end mennesker uden kognitive udfordringer.

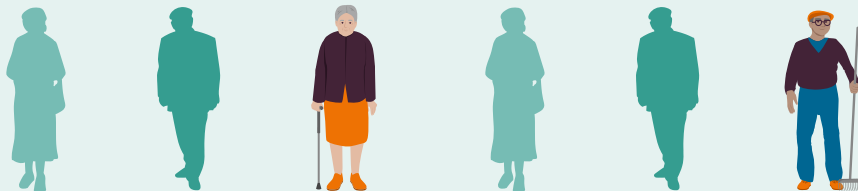
Læs mere om smerter og demens her:

www.videnscenterfordemens.dk/smerter-og-demens

TYPISKE ÅRSAGER TIL SMERTER HOS PERSONER MED DEMENS

De fleste mennesker, som lever med en demenssygdom, er over 65 år. Kroniske sygdomme er generelt hyppige hos ældre mennesker og kan medføre en lang række tilstande, som giver smerter (se skema på side 4).

De hyppigste smertetilstande hos ældre er relateret til artrose (slidgigt) – særligt i nakke og ryg – og ses hos op til 65 % af ældre med kroniske smerter. Andre hyppige tilstande er muskel-/ledsmerter (40 %), nervesmerter bl.a. pga. sukkersyge (35 %) samt kroniske ledsmerter (20 %). Der forekommer ofte flere sygdomme samtidigt.



I skemaet ses eksempler på sygdomme, der kan medføre smerter (listen er ikke udtømmende):

Område	Sygdomme
Hud	Tryksår, iskæmiske sår
Mave-tarm-kanal	Forstoppelse, divertikulit, inflammatorisk tarmsygdom
Mundhulen	Tand- og tandfæstesygdomme (fx caries og parodontose), tandkødssygdomme, slimhindsygdomme (svamp, infektioner, vitamin- og mineralmangel m.m.)
Kardiovaskulært	Kronisk angina, perifer vaskulær sygdom
Lungesygdom	Pleuritis (lungehindebetændelse)
Led og bindevæv	Slidgigt, reumatoid arthrit, arthritis urica, polymyalgia rheumatica, spinal stenose, diskusprolaps, osteoporotiske frakturer
Neurologi	Kronisk hovedpine (fx spændingshovedpine, arteritis temporalis m.m.), perifere neuropatier (diabetes, herpes zoster, post herpetisk neuralgi, kompressive m.m.), radikulopatier pga. diskusprolaps eller arthrose, Parkinsons sygdom, centrale smerter efter apopleksi cerebri
Onkologi	Cancersygdomme
Nefrologi	Kronisk cystit, nyresten

Sygdomme, der kan medføre smerter.

Det er vigtigt at huske, at akut opståede smerter er symptom på sygdom. For optimal intervention over for smerter er det essentielt at udrede, håndtere og behandle bagvedliggende somatiske sygdomme. Derfor er observation og samarbejde med den praktiserende læge meget vigtigt.

SÅDAN IDENTIFICERER OG VURDERER DU SMERTER HOS MENNESKER MED DEMENS

Når man som sundhedspersonale skal identificere og vurdere smerter hos mennesker med demens, kræver det, at man er en omhyggelig og struktureret observatør. Først skal man vurdere, om personen kan kommunikere tilstrækkelig relevant. Forsøg altid til en start at få personen med demens til mundtligt selv at give udtryk for, om der er smerter.

Type	Symptomer
Autonome ændringer	Bleg, sveder, takypnø (hurtig vejrtrækning), ændret vejrtrækningsmønster, stigning i puls og/eller blodtryk
Ansigtstudtryk	Laver grimasser, skærer ansigt, rynker pande, kniber øjnene sammen, blinker hurtigt, løfter øjenbrynene
Kropsholdning/ bevægelser	Motorisk urolig, ændring i mobilitet eller gang, stiv, anspændt/øget tonus, masserende og gnumbende bevægelser, rokkende bevægelser
Verbale udtryk	Sukker og stønner, gisper, klager og skælder ud, råber om hjælp, støjende vejrtrækning, udtrykker indimellem klart og tydeligt, at det gør ondt
Ændringer i den sociale adfærd	Modsætter sig pleje, søger eller afslår menneskelig kontakt, er på vagt, trækker sig væk
Ændringer i den mentale tilstand	Forvirret, irriteret, konfus, aggressiv, depressive symptomer, angst, hallucinationer
Ændringer i aktivitetsmønster	Nægter at spise, manglende appetit, vil ikke åbne munden, ændret søvnmønster eller døgnrytme, vandrer rastløs omkring

Eksempler på ændringer i adfærd og andre tegn på smerter.

Identificering og vurdering af smerter hos personer, der kan kommunikere relevant

Personer med let til moderat demens vil ofte selv kunne fortælle, at de har ondt, men de giver måske ikke spontant udtryk for det. Spørg altid som det første ind til smerter og forsøg at få nogle oplysninger:

- Spørg, om personen har ondt (brug fx alternative ord for smerte).
- Spørg, om personen har ondt i hvile.
- Spørg, om personen har ondt ved bevægelse.
- Sig evt. "Vis mig, hvor det gør ondt".
- Læg mærke til ændringer i adfærd.
- Læg mærke til ændringer i bevægelsesmønster.
- Spørg pårørende om tidligere smertehistorie og smerteadfærd.

Hvis du er i tvivl om, hvorvidt personen med demens kan redegøre fyldestgørende for sine smerter, så husk at supplere ved at observere for symptomer fra skemaet på side 5.

Identificering og vurdering af smerter hos personer, der har stærkt nedsat evne til at kommunikere relevant

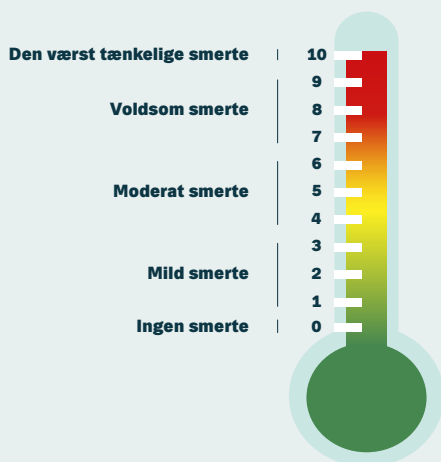
Personer med demens kan have svært ved at kommunikere og kan i nogle tilfælde reagere på smerter ved en ændring i adfærden. Nyopståede adfærdsændringer og psykiske symptomer som uro, omkringvandren, agitation og aggression kan opstå som følge af underliggende smerte og bør medføre, at personen udredes.

1. Observer for smerteadfærd, som kan være ændringer i ansigtsudtryk, aktivitetsmønstre, adfærd eller kropssprog, verbaliseringer (klagen eller råben) eller autonome ændringer (se side 5). Inddrag information fra pårørende eller plejepersonale, der kender personen. Brug evt. vurderingsredskab ved smerteobservation (se side 7).

2. Undersøg, hvad adfærden betyder:
 - a. Hvornår opstår adfærden?
Er det på specifikke tidspunkter på dagen?
Er det i forbindelse med bevægelse/forflytning?
 - b. Er basale behov opfyldt, fx sult, tørst, toiletbesøg?
Kan personen høre og se?
 - c. Er der tegn på anden sygdom, fx forstoppelse, tryksår, infektion?

3. Hvis disse handlinger ikke afdækker, om personen med demens har smerter, kan der suppleres med et mere systematisk vurderingsredskab fx MAI-10, som beskrives på side 9.

4. Man kan også overveje at prøve smertestillende medicin, hvilket skal ske i samarbejde med personens egen læge. Her er det vigtigt at holde særligt øje med personens respons og løbende at evaluere.



Vurderingsredskab ved smerteobservation (numerisk skala med farve er bedst egnet til personer med demens).



Der findes flere forskellige redskaber til systematisk vurdering af smerter. Redskaberne sikrer, at observationerne bliver foretaget systematisk og ensartet.

Når en person har demens i svær grad, kan man overveje at supplere sine observationer ved brug af smertevurderingsredskabet MAI-10. Hvis man vælger at bruge et systematisk smertevurderingsredskab på en arbejdsplads, er det vigtigt, at alle sundhedsfaglige medarbejdere er oplært i at bruge redskabet.

På www.videnscenterfordemens.dk kan du læse om MAI-10 (MAI-10 står for Mobilitet – Adfærd – Intensitet). Redskabet er oversat fra MOBID-2, som er udarbejdet af Bettina Husebø, professor, læge og forsker i Norge.

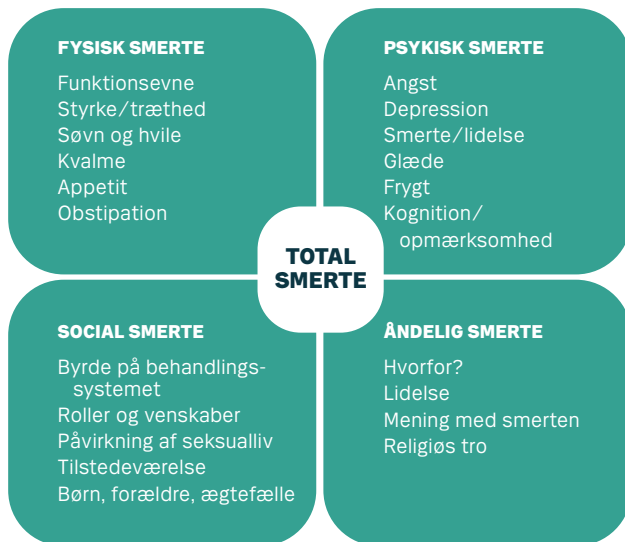
Et smertevurderingsredskab kan ikke stå alene, men skal være en del af en samlet vurdering, som også indebærer viden om og observation af personens helhedssituation. Husk, at ændring i adfærd også kan have andre årsager end smerter, og at resultatet af smertevurderingen også kan afspejle andet ubehag end smerter.

SMERTELINDRENDE OMSORG OG BEHANDLING (IKKE MEDICINSK)

Det er vigtigt at tilbyde smertelindrende omsorg og ikke-medicinsk behandling, før man igangsætter medicinsk behandling og efterfølgende også sammen med evt. medicinsk behandling.

Smerteoplevelsen hos personen er afhængig af mange faktorer. Man taler om både fysisk, psykisk, social og åndelig smerte. Derfor skal tilbuddet om smertelindring tage højde for alle disse faktorer for at lykkes (se figur på side 10).

Smerteoplevelsen forværres, hvis man samtidig fryser, er sulten, utryg og bange, træt eller ked af det. Ved smertelindring skal man med andre ord tage højde for og forsøge at opfylde basale behov.



Total smerte model (Saunders model Total pain fra 1964).

Eksempler på smertelindring:

- Omsorg, trøst og nærvær
- Samtale med præst eller psykolog
- God lejring og trykaflastning
- Afpasset fysisk aktivitet/træning
- Afledning og hyggelige stunder
- Tilpasning af temperatur, lys og lydniveau
- Musik
- Massage/afspænding
- Varme- og kuldebehandling
- Akupunktur

Husk den brede tværfaglige indsats og samarbejdet med pårørende og praktiserende læge.

MEDICINSK BEHANDLING

Behandling af smerter hos mennesker med demens følger overordnet set de samme retningslinjer som hos andre ældre. Den medicinske behandling skal indgå sammen med ikke-medicinsk behandling, som man altid skal forsøge først.

Paracetamol er førstevalg ved smerter og er effektivt over for muskel- og ledsmerter. NSAID er også effektivt over for muskel- og ledsmerter og kan overvejes, hvis paracetamol ikke har en effekt. NSAID er dog forbundet med større risiko for alvorlige bivirkninger, fx mavesår, gastrointestinal blødning og forværring af hjerteinsufficiens. Frekvensen og alvoren af disse bivirkninger stiger med alderen. Man skal derfor nøje overveje, om man kan bruge NSAID til den pågældende person.

Opioider (stærkt smertestillende medicin, morfin og lignende stoffer) bør kun anvendes som en begrænset del af den samlede smertebehandling, og virkning og bivirkninger bør nøje overvåges. Man kan overveje opioider hos ældre, der ikke har responderet på anden behandling eller er begrænset funktionelt af deres smerter.

Hos mennesker med demens skal man være opmærksom på, at de pga. hjernesygdommen kan få bivirkninger af selv meget små opioiddoser. Man bør altid begynde med et opioidpræparat med kort halveringstid for at finde ud af, om personen kan tåle behandlingen. Man bør aldrig starte med opioid plasterdispensering (smerteplaster), da halveringstiden er lang, hvilket gør dosis svær at justere.



Hvis en person med demens opstartes i behandling med morfika, skal man være opmærksom på følgende bivirkninger:

- Forværring af kognitiv svækkelse og tab af funktionsevne
- Udvikling af delirium
- Udvikling af BPSD-lignende symptomer
- Nedsat appetit og forstoppelse
- Svimmelhed og risiko for fald og fraktur
- Påvirkning af vejrtrækning
- Sedation

Risikoen for bivirkninger øges, hvis personen er i behandling med en anden centralt virkende medicin, fx benzodiazepiner, tricykliske antidepressiva, antihistaminer, sovepiller eller antipsykotika. Man skal derfor være særlig varsom og nøje overvåge, når man opstarter et opioidpræparat eller øger dosis hos personer med demens.

OPSAMLING – DET SKAL DU VÆRE OPMÆRKSOM PÅ

- Vær opmærksom på somatisk sygdom hos personen med demens, da personen ikke altid selv kan give udtryk for det.
- Smerter og helbredsmæssig dårlig trivsel kan vise sig som uadadreagerende adfærd.
- Vær opmærksom på, om personens fordøjelse virker, og at der er regelmæssig vandladning.
- Behandling af smerter skal altid påbegyndes med svage analgetika som paracetamol eller NSAID.
- Behandling med stærke smertestillende midler, fx opioider, er forbeholdt stærke smerter, som man ikke har kunnet behandle tilfredsstillende med mildere smertestillende midler.
- Husk grundig evaluering af virkning og bivirkning af medicinsk behandling.

Lær om smerter i fire konkrete situationer
fra hverdagen i e-learningen ABC Demens – smerter

Du finder e-learningen her:
www.videnscenterfordemens.dk/abc





NATIONALT
VIDENSCENTER
FOR DEMENS

www.videnscenterfordemens.dk