

Att upptäcka smärta vid demens

2019-08-22

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #43 i augusti 2019.

Lennart som är 84 år och har en medelsvår demens blir ibland orolig och börjar banka och slå på sig själv. Sjuksköterskan frågar om han har ont, men han skakar bara på huvudet och fortsätter. Eftersom det här har hänt flera gånger tidigare, vet sjuksköterskan att beteendet brukar betyda att Lennart har värk, fast han inte kan sätta ord på det. Hon brukar ge honom 1000 mg paracetamol (Alvedon, Panodil osv) och efter en timme brukar han sluta slå på sig själv...

Det här omgjorda och anonymiserade fallet har en verklighetsbakgrund, precis så här kan det se ut. Smärttillstånd är vanliga och underbehandlade hos äldre, särskilt vid samtidig kognitiv svikt. Vid demens är det svårare för personalen att förstå att olika beteenden kan handla om smärta, eftersom personen med demens som regel inte kan sätta ord på det. Smärta i sig skapar ett onödigt lidande men idag vet vi också att oupptäckt smärta kan vara en viktig delorsak till BPSD, det vill säga *Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens*. Om smärtan behandlas, blir personen lugnare, det visar modern forskning.

Svårt att ställa smärtdiagnos vid demens

I vissa fall kan man ställa smärtfrågor och få svar även vid relativt långt framskriden demens, men det är mer sannolikt att personen inte kan svara, eller att hon eller han svarar fel. Hur gör man då för att ställa en smärtdiagnos?

AGS (*American Geriatrics Society*) 6 kriterier för smärta

AGS, det vill säga American Geriatrics Society har gjort en lista på sex typer av beteenden som man ska ta på stort allvar, eftersom de kan (men behöver inte) tyda på smärta. Listan ser du i rutan på nästa sida.

American Geriatrics Societys 6 kriterier för smärta

- Ansiktsuttryck (grimaser mm.)
- Verbala uttryck (stön, suckar mm)
- Kroppsspråk (muskelspänning, "skydda" kroppen, banka på kroppen mm.)
- Oro och förändrat beteende (inklusive BPSD)
- Förändrade aktiviteter (vill t.ex. inte längre delta i aktiviteter)
- Förändringar i mentala funktioner (t.ex. akut förvirring).

Smärtskalor som *Abbey Pain Scale* fångar upp flera av dessa beteenden och skalan ger en totalsumma, men det är viktigt att känna till att vissa patienter har kanske bara ett enda beteende, som i Lennarts fall. Då måste man reagera på det beteendet.

Ansiktsuttryck vid akut smärta

Det är alltid bra att gå till sig själv för att förstå andra. Tänk dig in i en situation där du gjort dig riktigt illa och påminn dig själv om hur ont det gjorde! Omedvetet märker du att du spänner ansiktet, särskilt runt ögonen. Den som har demens reagerar likadant, med grimaser, genom att blunda eller knipa ihop ögonen eller blinka snabbt. Det finns över huvud taget många ansiktsuttryck som är vanliga vid akut smärta.

Verbala uttryck

Hit hör allt från stön och suckar till ljudlig andning. Det kan också handla om ändrad tonhöjd och röststyrka. När det gäller det verbala är det också bra att komma ihåg att vissa personer med demens fortfarande kan tala, men samtidigt har de en ändrad kroppsuppfattning. I vardagen visar det sig genom svårigheter att klä på sig, personen vet inte om byxorna ska dras över benen eller över armen. Av den anledningen kan en person med demens i vissa fall tala om att hon eller han har ont, men beskriva fel kroppsdel. "*Ont i munnen*" kan innebära ont i vaden!

Kroppsspråk

Också kroppsspråket kan tala för nytilkommen smärta, särskilt om personen plötsligt blivit spänd och stel i kroppen och att hen "skyddar" någon kroppsdel. Men det kan också handla om att personen gnuggar, kliar eller dunkar sig själv intensivt. Det är egentligen inte så konstigt för sådant beteende avleder upplevelsen av smärtan. Man kan bara gå till sig själv: om man råkar skära sig i ett finger, börjar man vifta på handen eller gnida området, det känns lite mindre då.

Oro och förändrat beteende

Vid akut smärta, särskilt hos en person som inte förstår vad som händer, uppstår nästan alltid oro. Det handlar som regel både om psykisk oro och kroppslig oro eller rastlöshet. Därför ska man alltid

reagera på nyttillkommen oro och försöka utesluta smärta eller annan fysisk orsak, till exempel förstoppning, utspänd blåsa eller andnöd.

Förändrade aktiviteter

Hit hör, enligt AGS, förändrade matvanor (äter inte som förr) eller att man slutar delta i aktiviteter. Det kan finnas flera alternativa orsaker till beteendeförändringar, till exempel depression, men som personal bör man alltid tänka på att det kan röra sig om smärta.

Förändringar i mentala funktioner

Det som AGS särskilt betonar är sambandet mellan akut smärta och förvirring. Det är vanligt även hos äldre utan kognitiv svikt att svår smärta leder till viss grad av akut förvirring. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att även många andra kroppsliga belastningar kan leda till förvirring. Hit hör andnöd, akut hjärtsvikt, feber och svår förstoppning, för att ta några orsaker.

Smärta vid demens är en utmaning!

Att upptäcka smärta hos någon som har samtidig demens är mycket svårare än hos en person som inte har en kognitiv nedsättning. Samtidigt är det otroligt viktigt, eftersom smärta skapar ett onödigt smärtlidande, och bidrar också till uppkomsten av BPSD, dvs. oro, irritabilitet och aggressivitet. Denna utmaning finns särskilt inom kommunens vård och omsorg, inom geriatriken och på vårdcentraler. Den vårdnära personalen som oftast är undersköterskor har en särskilt viktig roll, eftersom de har störst chans att upptäcka förändrade beteenden som kan tala för smärta.

Referenser

- Peter Strang: **Smärta hos äldre. Bakgrund och praktiska råd**, Vårdförlaget 2019
- Palliativt kunskapscentrums webbutbildning **"Smärta hos äldre"**