

BACHELOROPPGAVE

Hvordan hjelpe en dement person som har smerte i kroppen?

Av

Kand.nr.: 310

Therese Hals Nygaard

Vernepleie
VE 530 101
April 2008

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00

Bacheloroppgave i:

Vernepleie

- Hvordan hjelpe en dement person som har smerte i kroppen? -

Tittel og sammendrag:

Smerte hos demente personer er en utfordring hos helsepersonell. Det er ofte vanskelig å finne ut om den demente har smerter, som hvilke smerte og årsaker til den. Grunnen til dette er at en dement person som oftest har en kronisk og irreversibel kognitiv svikt i hjernen. Det vil si sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter, dårlig eller ingen språk, redusert hukommelse og endret sosial atferd. Men også svikt i dømmekraften, planlegging, tenkning og abstraksjon (Engedal, Haugen 2005).

Mange demente får også svikt i kroppslige funksjoner og andre hjernesykdomer, som resulterer i smerte. Det fører til at den demente personen, reagerer forskjellig atferdsmessig og psykologisk. Det blir dermed nødvendig å foreta en kartlegging, som går ut på å samle inn informasjon via den demente eller pårørende. Dette via observasjon og registrering, samt å vurdere smerten og behovene. Det er også viktig å ha god kommunikasjon og samhandling, slik at det skal oppstå tillitt mellom den demente og tjenesteyteren. Medikamentelle og ikke medikamentelle smertelindrings metoder blir også relevant i kartleggingen, for å hjelpe den demente personen med smerte i kroppen.

Kandidat:

Therese Hals Nygaard

Emnekode og emnenavn:

VE530 101 Bacheloroppgave i Vernepleie

Kandidatnummer:

310

Dato for innlevering:

30.04.2008

INNHOLDSLISTE

Innledning	s. 3
Metode	s. 4
Problemstilling	s. 5
4.0 Hva er demens?	s. 5
5.0 Smerte og smertemekanismer	s. 7
5.1 Svikt i kroppslige funksjoner som fører til smerte hos en dement person.....	s. 8
5.2 Hjernesykdommer som fører til demens og smerte.	s. 10
5.3 Hvordan reagerer den demente på smerte atferdsmessig og psykologisk.....	s. 11
6.0 utfordringer ved kartlegging av smerte	s. 12
6.1 Observasjoner, registrering og kartlegging	s. 13
6.2 Kommunikasjon og samhandling i kartlegging av smerten.....	s. 16
7.0 Forskning på behandlingsmuligheter for å lindre smerten	s. 18
7.1 Behandling av smerte hos demente personer.....	s. 20
8.0 Avslutning	s. 24
9.0 Litteraturliste	s. 25
Vedlegg 1	s. 27
Vedlegg 2	s. 31
Vedlegg 3	s. 32
Vedlegg 4	s. 39

1.0 Innledning

Smerte hos demente personer er ein utfordring hos helsepersonell. Det er ofte vanskelig å finne ut om den demente har smerter, som hvilke smerte og årsaker til den. Grunnen til dette er at en dement person som oftest har en kronisk og irreversibel kognitiv svikt i hjernen. Det vil si sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter, dårlig eller ingen språk, redusert hukommelse og endret sosial atferd. Men også svikt i dømmekraften, planlegging, tenkning og abstraksjon (Engedal, Haugen 2005). Dette gjør at det blir vanskeligere for den demente og helsepersonell å finne ut om det er smerter, for så å sette i gang behandling for å lindre smertene. Jeg vil derfor gjøre rede for problemstilling til denne bacheloroppgaven slik: *Hvordan hjelpe en dement person som har smerte i kroppen?*

Oppgaven starter først med en metodedel, der jeg gjør rede for valg av litteratur. Deretter vil jeg gå inn på problemstillingen med underspørsmål. Den teoretiske referanserammen starter så med redegjørelse av demens og videre smerte og smertemekanismer i kroppen. Dette for å kunne forstå hvorfor diagnosen demens er en utfordring når det gjelder smerte. Det er også nødvendig å forstå hvordan smerten foregår i kroppen, og hvilke typer av smerte som finnes. Videre i oppgaven sier jeg noe om svikt i kroppslige funksjoner, som fører til smerte. I kapittelet vil jeg avgrense arbeidet med svikt i kroppslige funksjoner, fordi det finnes så mye teori. I neste kapittel skal jeg skrive om forskjellige hjernesykdommer hos demente personer, som kan føre til tilleggsdiagnoser og smerte. Dette kan være degenerative hjernesykdommer som Alzheimers sykdom med mulige faktorer som høyt blodtrykk og kolesterol eller Parkinsons sykdom som ofte gir depresjon, angst og ufrivillige bevegelser. Jeg vil så gjøre rede for hvordan den demente kan reagerer på smerte atferdsmessig og psykologisk, noe som også kan forveksles med diagnosen demens.

I punkt 6.0 skal jeg drøfte utfordringer med kartlegging av smerten. Og i punkt 6.1 skal jeg si noe om registrering, observasjon og kartlegging. Det er hvordan planlegge arbeidet med å hjelpe den demente personen med smerten, ved å foreta en vurdering med registrering, observasjon og kartlegging, der det blir brukt ulike registreringsverktøy og tjenester den demente har krav på. I punkt 6.2 skal jeg innom kommunikasjon og samhandling som virkemiddel for kartleggingen, og for å sette seg inn i den dementes smerte. Jeg skal videre skal innom forskning som er gjort på behandlingsmetoder som skal lindre smerte.

Til slutt skal jeg innom ulike behandlingsmetoder som skal lindre smertene hos demente personer. Jeg skal i dette punktet prøve å knytte det opp mot forskning som er gjort på ulike

behandlingsmetoder. Jeg avgrenser avsnittet til å gjelde noen få ikke medikamentelle og medikamentelle smertelindringsmetoder, siden det finnes så mye. De ikke medikamentelle smertelindringsmetodene jeg skal innom er kroppsmassasje, kulde / varme, diverse hjelpemidler som rullestol og rullator. Jeg er så innom Kiropraktor, Fysioterapi, Musikkterapi, Akupunktur og Transkutan elektrisk nerve- stimulering. I de medikamentelle smertebehandlingsmetodene finnes det tre nivåer av smertestillende som er: sterke opioider som morfin, og de ikke opioider som paracette. Det siste nivået er smertestillende medikamenter mot andre lidelser som depresjon, angst, epilepsi og ulike betennelser.

2.0 Metode

Til denne bacheloroppgaven har jeg valgt litteraturstudier. Dette er litteratur som brukes av det andre har forsket på, slik som lærebøker og offentlige publikasjoner. Jeg har også brukt sekundærdata for å belyse problemstillingen min, som vil si at det ikke er forskeren som har samla inn informasjonen direkte fra kilden, men at den baserer seg på opplysninger som er samla inn av andre. Fordelen med dette er at det er tidssparende å slippe innsamling av data. Noen av ulempene er at informasjonen kan være innhenta til et annet formål enn det en skal bruke den til. En vet heller ikke hvor troverdig denne kilden er (Jacobsen).

Kildene jeg har brukt i oppgaven er bøker om smerte, smertebehandling, lærebok i demens, smerteopplevelse og atferd. Jeg har så brukt bøker om pasientobservasjon, kommunikasjon og samarbeid, Norges lover, aldring og hjernesykdommer. Sekundærdata har jeg benyttet meg av artikler via internett, som er artikler om forskning på nye behandlingsmetoder for smerte. Disse kildene står oppført i litteraturlisten i slutten av oppgaven. En utfordring med denne oppgaven var å plukke ut kildene, og finne ut om de er pålitelige. For å finne ut om kildene er pålitelige er det viktig å vite hvilke kilder som er pålitelige og hvorfor. Jeg har derfor brukt Knut Engedal mye gjennom oppgaven, fordi han har skrevet mange bøker og er faglig koordinator for Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Han er også spesialist i psykiatri og har bred erfaring innen geriatri og allmenntidmedisin. En annen utfordring med oppgaven var å velge ut litteratur og avgrense dette ved å gå inn i temaet og i dybden. Grunnen var at det var tilgang på mye teori.

3.0 Problemstilling

En person som er dement blir ofte rammet av smerte i kroppen på grunn av sin sykdom. Smerte kan bli sett på som symptom på en sykdom eller som konsekvens av en skade. Demente har ulik grad av kognitiv svikt, som kan føre til at det er en utfordring for helsepersonell å kartlegge, for så å kunne hjelpe den demente med å lindre smerten. Smerte kan derfor betraktes som en vond opplevelse på det emosjonelle og fysiske stadiet, og skal dermed bringes under kontroll (Aambø, 2007). Men det er også viktig å tenke på å styrke den dementes individuelle forutsetninger for å håndtere denne smerteopplevelsen (Aambø, 2007).

En problemstilling blir derfor brukt om spørsmålsformulering eller påstand som tar utgangspunkt i problemområdet (Linde, Nordlund, 2003). Min problemstilling til denne bacheloroppgaven blir: *Hvordan hjelpe en dement person som har smerte i kroppen?* Jeg har til problemstillingen valgt en teoretisk tilnærming for å forstå eller få klarhet i hvordan hjelpe en person med demens, før en drøfting av kartlegging og smertebehandlingsmetoder. Smertebehandling skal vektlegges mest i oppgaven, men det er viktig å ha med årsak til smerte for å kunne sette i gang behandling.

Spørsmålene jeg vil ha svar på til den teoretiske referanserammen er:

- Hva er demens?
- Hva kjennetegner smerte i kroppen?
- Hvilke hjernesykdommer og funksjoner er smerterelatert hos den demente?
- Hvordan reagerer den demente på smerte atferdsmessig og psykologisk?

Jeg har så noen underspørsmål til problemstillingen:

- Hvilke utfordringer er det ved kartlegging av smerte?
- Hvordan foreta observasjoner, registrering og kartlegging?
- Hvordan kommunisere og samhandle med den demente om smerten til kartlegging?
- Hvilke forskning og smertebehandling kan hjelpe den demente med å lindre smertene?

4.0 Hva er demens?

Det er viktig å ha kunnskap om sykdommen demens, for å kunne finne årsakene til smerte hos den demente person og sette i gang behandling. Grunnen er at mange har tilleggssykdommer som gjør at de får smerter. Jeg vil derfor si noe om hva demens er:

Betegnelsen demens er en tilstand, et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. For å bruke begrepet demens må det påvises en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden. Dette viser seg i svekket mental kapasitet som medfører svikt i psykologiske prosesser som oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter, og endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. Svikt av hukommelsen skyldes endringer i hjernen, der det først og fremst er storhjernen, tinninglappen og isselappen ved tidlig debut (før 65 år) av demens som er berørt. Ved sen debut (etter 65 år) er det mest utbredt temporalt. Det observeres også en skrumpning av hjernen som gjelder kortikale og subkortikale områder som fører til celledød. Symptomene sees som nevrofibrillære floker, senile plakk og synapsetap. Hjernecellenes mitokondrier skades. Dette fører til at korttidshukommelsen er berørt, som vil si at hukommelsen har en varighet opp mot et par minutter. Dette fører igjen til afasi, som er dårligere språk, apraksi som fører til manglende evne til å utføre praktiske handlinger og agnosi som er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter (Engedal, Haugen 2006).

I følge Engedal, Haugen (2006) finnes det ulike klassifikasjoner av sykdommer som fører til demens, der en av dem er degenerativ demens. Dette er betegnelsen på en rekke sykdommer der nerveceller dør litt etter litt. Dette kan være parkinsons sykdom, som oppstår i tillegg til demensen. En annen type demens er den primære degenerative demens som fører til Alzheimerssykdom, Lewy legemer og Frontotemporallappsdemens. Den tredje typen er vaskulær demens som oppstår ved småkar sykdom, multiinfarkt demens eller blanding av vaskulær og Alzheimers sykdom. Den fjerde typen er sekundær demens som oppstår ved vitaminmangel, hjernesvulst, organsvikt, endokrine sykdommer eller normaltrykk-hydrocephalus. I følge ICD-10 (International Classification of Diseases) er et klassifikasjonssystem, der kriteriene for å stille diagnosen demens at det først må være en svekket hukommelse og svikt av andre kognitive funksjoner. Dette er dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon. Det deles så inn i tre stadier av hvor langt demensen har utviklet seg. Det er stadiet mild som virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet, og ved moderat som er og ikke klare seg uten hjelp fra andre. I det alvorlig stadiet trenger den demente kontinuerlig tilsyn og pleie. Andre kriteriet fra ICD-10 er klar bevissthet, og det tredje kriteri er om det er svikt av emosjonell kontroll, som motivasjon eller sosial atferd der minst ett av følgende er til stede. Dette er emosjonell labilitet, irritabilitet, apati eller unyansert sosial atferd. Det siste og fjerde kriteriet er at tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder (Engedal, K. Haugen, P K 2006).

Disse kriteriene har betydning for smerte hos den demente, og jeg vil derfor si noe om dette lenger ned i bacheloroppgaven.

5.0 Smerte og smertemekanismer

Smerte er noe en person opplever, og felles for all typer smerte er at det dreier seg om å ha vondt. Denne opplevelsen uttrykkes gjennom ord, gjerning, vår atferd og hvordan vi reagerer på smerte. Dette er noe vi har lært i vår barndom og i vår kultur. Smerte er også forbundet med forståelse og med følelse, som blir fjernet ved å behandle årsaken. Det er også avhengig av samspillet mellom smertefremkallende stimulus og tilstanden i sentralnervesystemet, motiver, håp og mening (Husebø, 1990). En smertefølelse er i grunnleggende forstand verken tanken eller viljens verk. Følelsen av smerte har en autonomi, som er selvstendighet og uavhengighet av den som fornemmer den. Om den demente påfører seg selv smerte, er det ofte at smerten kommer og går uavhengig av den menneskelige tanken og viljen (Vetlesen, 2004). I følge Vetlesen (2004) mente psykoanalytikeren Sigmund Freud at all kroppslig smerte kan ha opphav i psykiske eller psykologiske årsaksfaktorer. Hvordan smerte fortoner seg i kroppen er at den nociceptive og frie nerveender som forårsaker vevsskade, er der informasjonen formidles til sentralnervesystemet via de perifere nervetrådene. Når inflammasjon i det skadde vevet øker, forekommer det som oftest smerte. Og smerte som har utspring i indre organer formidles av det autonome nervesystemet. Når det sendes informasjon om en skade kan det forårsake strukturemessige og funksjonelle forandringer som øker følelsen for smerte. For at informasjonen skal oppleves som smerte må den berøre hjernen. Derifra kan nerveaktiviteten gå tilbake til det skadde området for å blokkere smerten. De emosjonelle aspektene på smerte er betydningsfulle, som omfatter hvordan smerteopplevelsen påvirker følelseslivet. Kognitive prosesser som tankegang, minne og kunnskaper har betydning for hvordan den demente personen tolker sin smerte, og har betydning for hvordan det oppleves. Disse prosessene kan påvirke sensorisk deskriminative og den affektive motivasjonelle dimensjonen av smerteopplevelse (Hægerstam, 2007).

Det å føle smerte på kroppen kan være forskjellig. Det å ha fysisk smerte er det faktum at det er menneskets evne til å høre, å berøre, å begjære, å frykte, å være sulten. Den skiller seg fra alle andre kroppslige og psykiske egenskaper ved at den ikke peker mot et objekt i den ytre verden. Når kroppen er ivaretatt og funksjonene er intakte, samtidig som kroppen beveger seg innenfor trygge omgivelser, kan bevisstheten i samspill med alle sansene rette seg mot verden utenfor. (Vetlesen,

2004). Den psykiske smerten har med det kognitive og følelsesmessige, som tap av hukommelsen ved kroppslige funksjoner. Dette handler igjen om hvordan en er som person, men også der det finnes en individuell livshistorie. Det er der alle hendelsene i livet inngår, og som fortløpende gir mening til alt som skjedde, skjer og kan komme til å skje. Og med dette finnes det en egen måte å oppfatte omgivelsene rundt seg, og som inngår i dens verden og horisont. Det kan på bakgrunn av dette bli syk av meningsløshet, ved å bare tolke og oppleve en mening med det som skjer som negativt. Dette gir en form for psykisk smerte (Vetlesen, 2004). En smerte som er akutt er et nødvendig signal til å varsle sykdom eller skade. Den kan oppstå når noen truer eller skader oss, og smerten forsvinner når skaden leges. Varigheten på en slik type smerte kan være tre måneder. En kronisk smerte er å ha overlevd den akutte skaden eller sykdommen, og smerten fortsetter etter tilheling av den akutte skaden. Men når den kroniske smerten ikke forsvinner er det ofte lett at den demente isolerer seg fra omgivelsene, og blir alenegjort. Ofte skyldes det at smerten glir i ett med kroppen, og desto mindre samspill blir det med andre mennesker (Husebø, 1990).

5.1 Svikt i kroppslige funksjoner, som fører til smerte hos en dement person

Kroppslige funksjoner som blir redusert på grunn av svikt, gir ofte smerte. Det er derfor nødvendig å være oppmerksom på hva dette kan være. Siden det kan være så mangt, har jeg derfor begrenset det. Levealder og aldringsprosessen har betydning for hvordan kroppen forandrer seg. Dette fører som oftest svikt i kroppslige funksjoner, som har betydning for hvordan smerte utvikler seg. Det kan skyldes dårlig vedlikehold, livsstil, miljøfaktorer eller at det er genetisk arvelig. Men det kan også være feilbehandling med blant annet medisiner, som fører til smerte i kroppen. Hos demente og gamle generelt foregår det svikt i hjernens celler der det foregår tap av hjernebarken, hippocampus, tap av synapser og hjernens hvite substans. Dette kan føre til hjerneinfarkt, som resulterer i hode og nakkesmerter (Engedal, K. og Wyller, T. 2003). En av de vanligste formene for smerte kalles neurogene smerte, som har sitt utspring i sentralnervesystemet mellom hjernen og ryggmargen. Det er derfor mange demente og eldre generelt har smerte i ryggen. Også hoftesmerter er vanlig, som gjerne er kommet ved fall eller operasjoner. Smerte i indre organ, infeksjoner i sår, eller thorax smerter bare noen å nevne (Hægerstam, 2007).

I følge Engedal og Wyller (2003) finnes det en annen faktor som kan skape smerte hos den demente, og det er den kognitive læringssvikten. Dette kan sees ved en redusert NMDA reseptor - antagonistene i hjernen, avhengig av synaps transmisjon i hjernen. NMDA reseptor har fått dette

navnet, fordi den påvirkes av hjelpestoffet N-metyl-D-asparat. Ved alders relaterte hjerneforandringer ligger det trolig til grunn for langsommere motorikk og svekkelse av finere motoriske ferdigheter, der leddene og musklene blir stivere. Dette kan sees ved en reduksjon for partielle agonisme for dopamin D2 reseptor i hjernen. Engedal og Wyller (2003) mener at multimorbiditet forekommer med økende alder. Det betyr å lide av flere lidelser samtidig, der noen av de vanligste er høyt blodtrykk, hjertesykdom og sukkersyke, som kan resultere i hjerneslag.. Konsekvensen etter hjerneslag, er at det blir tap av beinmasse, som vil lamme den siden som er mest utsatt. Det forekommer derfor oftere brudd ved fall, som rammer den affiserte siden mest. Slitasjegikt og revmatisme er også vanlige lidelser hos demente, som vil medføre funksjonsproblemer og smerter. Det å ha nedsatt syn og hørsel er vanlig, men det kan skape ubehag siden den demente mister lettere oversikter i situasjoner (Engedal, Wyller 2003).

Forekomsten av demens i ulike typer vaskulær og degenerative forhold har stor betydning ved hjerneslag. Dette er en grunn til at mange demente får eller har hatt slag. Det oppstår da en funksjonsforstyrrelse i hjernen, med en subaraknoidal- blødning. Det er et område av hjernens arterier som blir ødelagt på grunn av manglende blodforsyning, der det kan danne seg trombose og emboli. Når den demente har fått smerte er det tegn til emboli, viss det oppstår atrieflimmer, hjerteklaffefeil eller hjerteinfarkt. Viss en trombose oppstår, kommer det av store blodårer til hjernen eller i små blodårer som gir småkarssykdom. I hjernens arterier angir man hvilke del som er rammet av trombose eller emboli, siden arteria media er hjernens største arterie. Der finnes motornevroner som styrer armen og ansiktsmuskulaturen. En dement person som har infarkt i arteria media har mer pareser i armen enn i benet. Infarkt i arteria anterior, går oppover medialflaten i hemisfæren og gir mer pareser i benet enn i armen. Variasjonene er store ved lammelser, men mange utvikler en økt spastisitet som kan medføre store plager. Svelgvansker og vannlatingsforstyrrelser er også vanlige problemer hos den demente. Kognitive forstyrrelser som afasi, gir problemer med språk og kommunikasjon og kan derfor være sårt for den demente. Men også apraksi som manglende evne til å utføre viljestyrte og målrettede handlinger, og redusert oppmerksomhet, sanseintrykk og manglende evne til å oppfatte helheter kan skape forvirring og sårhet (Engedal, Wyller 2003).

5.2 Hjernesykdommer som fører til demens og smerte.

Det er vanlig å inndele sykdommene som fører til demens etter årsak. De degenerative hjernesykdommene klassifiserer i en gruppe. I denne gruppen finnes Alzheimers sykdom som er skader i hjernen, der mulige faktorer er høyt blodtrykk, høyt kolesterol, eller lite bruk av hjernen. Frontotemporallapsdemens med og uten picks sykdom viser seg ofte ved initiativløshet, svikt i problemløsning og motorisk språkutfall. Demens med Lewylegemer inneholder lewylegemer i hjernecellene. Dette kan skape ubehag som synshallusinasjoner, eller andre typer hallusinasjoner. Parkinsons sykdom er en lidelse i høy alder som kan gi ubehag som depresjon og angst, eller ufrivillige bevegelser. Huntingtons sykdom med demens gir ofte ufrivillige danselignende bevegelser og følelsesmessige reaksjoner eller svikt i språket (Engedal, Wyller 2003).

Den andre gruppen av klassifikasjon der sykdommer fører til demens er vaskulær demens. Noen av disse er småkar sykdommer som Status lakunaris og Binswangers sykdom. Disse har mye av samme symptomer, ettersom disse sykdommene inntreer samtidig. Hypertensjon er risikofaktor for begge, som vil gjøre det vanskelig å skille dem fra hverandre. Det kan føre til smerte som glemsomhet, desorientering, og i noen tilfeller lammelser. Det kan og oppstå motorisk treghet og ustøhet. Ved sykdom i store blodårer i hjernen føres det til hjerneinfarkt med multi og enkeltinfarktdemens. En hypoksi demens er når sykdom og skader fører til surstoffmangel, slik at storhjernens blir skadet. Det kan føre til varierende grad av demenssykdommen, fra lett til svær avhengig av skaden. Hypoksi kan føre til vanskeligheter med å gjenkjenne objekter, og blodtrykksfall kan forekomme slik at det kan oppstå hjerterytme-forstyrrelser og forsnevring i de store halskar. Demens ved andre karvegg sykdommer som vaskulitt, fører ofte til høy hodesmerter, høy blodsenkning og subnormale verdier av hemoglobin. Til slutt er det den tredje klassifikasjonen som er sekundære demenstilstander. Her er det tilstandene alkoholbetiget demens, som fører til langvarig og mental svikt som følge av alkoholmisbruk. Demens etter infeksjonssykdommer i hjernen sees spesielt ved noen sykdommer som Nevrosyfilis, Herpes simpleks encephalitis og Borrelia. Andre sykdommer og tilstander som kan gi smerte ved demens er vitaminmangel på B12, hjernesvulst, hodetraumer, organsvikt og andre sykdommer i hjerte, lever og nyrer kan medføre smerte og redusert kognitiv svikt (Engedal, Wyller 2003).

I følge Engedal og Wyller (2003) er delirium et hjernesyndrom som forekommer hyppig blant demente og eldre generelt, som resulterer svikt i kognitive evner og er med på å påvirke søvnforstyrrelsen. Det finnes da fem utløsende årsaker der delirium kan oppstå. Det er ved somatisk sykdom eller forårsaket av legemiddel. Det kan være der delirium forekommer ved abstinensreaksjon eller forårsaket av multiple faktorer. Siste utløsende faktor er den uspesifiserte delirium. Risiko for pasientene er de demente med hjernesykdommer som Parkinsons eller hjerneslag. De med nedsatt syn og hørsel eller sterke smerter er utsatt for å få et delirium.

5.3 Hvordan reagerer den demente på smerte atferdsmessig og psykologisk

En person som er dement og har smerter, kan ha vanskeligheter med å innrømme til andre at de er rammet av smerter. Mange velger derfor å trekke seg tilbake fra omgivelsene, for å være for seg selv. De vil ikke vise sin sviktende evne til det å kunne mestre og å tilpasse seg et tap. Og de blir ofte likegyldige til dagligdagse ting som må gjøres. Endringer i samspeillet mellom ulike signalsubstanser i hjernen spiller derfor en stor rolle til likegyldigheten. Mange demente blir deprimerte og sårbare, og viser det i form av sinne, irritabilitet og uro. De har veldig ofte en emosjonell inkontinens eller patologisk gråt, som vil si å briste i gråt ved å snakke om dagligdagse ting. Dette viser seg ved skader på pannelappene og i hjernestammen, der depresjon ofte forekommer. Det å ha manglende evne til å overskue sin egen situasjon og sviktende evne til å sørge for seg selv og å forstå sin fremtid, er med på å skape angst hos den demente. En situasjon dette kan oppstå er om den demente føler seg forlatt ved å være alene hjemme. En intens smerte og frykt skaper dermed uro i kroppen (Engedal, Haugen 2006).

Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner kan også skape smerte hos den demente. Dette gir en følelse av psykisk smerte, fordi det kognitive er redusert som blant annet hukommelse og orienteringssansen. Den demente kjenner seg ikke igjen i omgivelsene, og de venter på at ting fra fortiden skal oppstå. De har ofte tanker om å bli bestjålet, fordi de som oftest har en manglende oversikt over situasjonene og derfor føler seg utrygge. På grunn av sviktende intellektuelle evner og sviktende mestring vil det i økende grad oppstå handlingsmønstre som kan forklares ut fra strukturelle skader i pannelappene. Og ved økende grad av demens med intellektuell svikt mistes både dømmekraften og evnen til å forstå sammenhenger. Som sagt blir mange demente passive, og de mister fort interessen for hobbyer og det å følge med i dagligdagse ting. Det er fordi de ikke klarer å lære like mye som før, og det gjør vondt verre om de prøver å fortsette med aktiviteter de

ikke mestrer. De har nemlig vanskelig for å huske, siden hukommelsen er redusert. Mange blir også rastløse og er motorisk urolig, som kan være et stort tegn til enten psykisk eller fysisk smerte, eller at de savner sine tidligere aktiviteter. Det kan også være symptom på psykose eller delirium. Det er derfor viktig å finne ut hva som forårsaker den motoriske endringen og sette i gang utredning og behandling (Engedal, Haugen 2006). Ulike faktorer som blant annet smerte, type demens, personlighetstype, angst, manglende forståelse av svikt og sviktende samhandling og miljø kan skape smerte. Smerten kan ofte sees på ansiktet, om det er noe som er ubehagelig. Det kan være et anstrengt uttrykk eller urolighet i kroppen. Noen demente blir ofte aggressive og går til angrep på andre, når de har smerte. Dette skyldes de biologiske skadene som fører til manglende impuls kontroll. Men det kan også være smerte der aggressivitet blir en forsvarsmekanisme. Det viser seg når det oppstår en vanskelig situasjon, eller at den demente mistolker hendelsen slik at det utløser sårbarhet, frustrasjon, eller opplevelse av ubehag tidligere i livet. Noen roper og klamrer seg, eller repeterer handlinger som kan være en måte å uttrykke sin smerte, eller ved andre lidelser. Det er også vanlig med en forandret døgnrytme, siden passivitet, manglende oppmerksomhet og konsentrasjon er til stede. Dette kan forårsake vanskelighet med innsovning om kvelden og oppvåkingsvansker om morgenen, som har påvirkning på smerte. Det er også en mulighet for at den demente har delirium, som er en forvirret tilstand. Muskelstyringsproblemer er vanlig ved en Alzheimerssykdom og vaskulær demens. Både balansesvikt, sviktende evne til å begrense avstander og samordne muskulaturen. Det kan føre vansker til å reise eller sette seg, eller sviktende muskelkoordinering, som da gi utslag i fysisk kroppslig smerte eller en psykisk smerte ved og ikke kunne mestre dette. En parkinsonistisk gange, treghet, rigiditet og tremor kan oppstå fordi det foreligger redusert produksjon av dopamin, som krever medisinsk behandling. Det som også er vanlig er at kontrollmekanismen for de naturlige funksjoner svikter, noe som fører til inkontinens for urin og avføring. Dette kan skape frykt, sinne og smerte hos den demente, fordi de ikke mestrer dette selv lenger. Og på grunn av dette krever det pleie og stell (Engedal, Haugen 2006).

6.0 utfordringer ved kartlegging av smerte for å hjelpe den demente

Å finne årsaken til hvorfor den demente har smerte er nødvendig, for å kunne behandle smerte. Det er derfor en utfordring for helsepersonell å få mest mulig bakgrunnsopplysninger om den dementes tidligere liv. Dette skaffes gjennom bakgrunnskjema som skal gi informasjon om pasientens liv, bakgrunn som person, pasient og valg av ressurser. Det blir dermed viktig å lytte til pasientens egne angivelser, og bli møtt som en helhet, et uerstatlig, eksisterende individ (Husebø, 1990).

I følge Sosial og helsedirektoratet (2007) henviser de til utfordringer ved undersøkelser av smerte ved kartlegging, fordi eldre er underbehandlet. Spesielt viser en fallende tendens av foreskrivning av smertestillende tabletter etter fylt 69 år. Det er fordi flere eldre og demente har vanskeligheter med å uttrykke sin smerte på grunn av kognitiv svikt. Smertebehandling er derfor lite undersøkt i Norge, som viser at personer med demens får sjeldnere smertebehandling enn de som ikke er demente. De får lavere doser på grunn av manglende evne til å identifisere smerte hos personer med demens. For å lindre smerte må en finne ut om den dementes type smerte, varighet, hvor det gjør vondt og hva som forårsaker dette. Før en eventuell smertebehandling må en klargjøre tilgjengeligheten av metodene, kostnadene, tidsbruk for pasienten eller pleieren, mulige bivirkninger, forventet resultat, kontra - indikasjoner og aksept fra pasienter. Det må så finnes ut hvilke metoder som skal brukes for pasienten, hvor, når og hvor lenge som går mest på spørsmålet om prøving og feiling. Noen av behandlingsmetodene kan gi like god resultat som andre (Fasting, Lundorff 2001).

6.1 Observasjoner, registrering og kartlegging

Det første som gjøres i prosessen av arbeidet med å kartlegge smerten hos demente er å foreta en vurdering av smerten og samle inn informasjon via intervju med den demente eller pårørende. Det er så nødvendig å foreta en observasjon og registrere det som observeres, samt en fysisk undersøkelse hos legen, for å finne årsaken til smerten (Beebe, A. McCaffery, 2001). Legen bør få tilgang på data om den dementes funksjonsevne og helse, når det gjelder ressurser og problemer (Vedlegg, 1). Det er for å kunne foreta en undersøkelse basert på observasjonsmetoder, ved at den som samler inn data bruker sansene sine som synet av hvordan den demente uttrykker sin smerte og lukten av smerten. Men også berøring og høre lyder som uttrykke smerte. Dette vil ha betydning for sykehistorien til den demente (Støvring, T Støvring, J 1998).

For å finne smerte og gi behandling er det nødvendig å registre. Det finnes dermed ulike endimensjonale og flerdimensjonale skalaer, for å kunne samle inn informasjon i forbindelse med kartleggingen av smerte. De vanligste endimensjonale kartleggingsmetodene er visuell analog skala, der en setter kryss på en 10 cm lang linje hvor 0 er ``ingen`` smerte og 100 er den ``sterkeste`` smerte. En annen skala er kategorisk verbal skala der en vurderer smerten til å være ``mild``, ``moderat`` eller ``utholdelig``. Skalaen for kategorisk numerisk skala vurderer smerten på en

nummerskala fra 0 som er ``ingen smerte og 10 er den ``sterkeste`` smerte (Vedlegg 2). En annen type skala er ansiktsskala som vurderer smerten etter en skala som består av seks ansiktstegninger som uttrykker ulik grad av smerte. Den første viser et nøytralt ansikt, som er ingen smerte. Og den siste tegningen er et fordreid ansikt, som er tegn på sterk smerte. Den mest brukte skala for demente som ikke kan uttrykke ord er en ansiktsskala. En visuell analog skala er for de demente som kan gi uttrykk for sin smerte. Det finnes også ulike kartleggingssystemer som er uavhengig av den dementes medvirkning, og det er de som er på intensiven (www.akribe.no).

De ulike flerdimensjonale smertekartleggingsmetoder er skjemaene BriefPain Inventory og McGill smerteskjema. BriefPain Inventory blir brukt for å kartlegge kronisk smerte, og den finnes i en lang og kort versjon. Kortversjonen består av ni spørsmål, og den lange versjonen har flere spørsmål. Der blir det spurt om selve smerten, og eventuelt behandling. McGill smerteskjema skal beskrive smertens kvalitet og påvirkning på den dementes hverdagsliv (vedlegg 3). Den kartlegger tre smertekomponenter som er den sensoriske, den affektive og den evaluerende. Den demente kan da ved hjelp av adjektiver og ordgrupper sette ord på hvilken type smerte det er, hvis den demente er i stand til å kunne gjøre det. Det blir da krysset av for hvordan smerte føles på kroppen, for å finne ut hvilken type det er. Eksempel at smerten er nummen og prikkende kan smerten være en nevropatisk eller nevrogen smerte. Skjemaet kan også gjøre det enklere ved å rangere etter hvor sterk smerten er, som ingen, mild, moderat og sterk (www.akribe.no). Det vil dermed bli en utfordring for helsepersonell å fullføre registreringene, på grunn av den dementes kognitive svikt ved hjerneskode. Den kognitive svikten fører til svekket læring, oppmerksomhet, hukommelse og tenkning.

Et annet skjema er Pain-O_Meter som måler den sensoriske og emosjonelle dimensjonen av smerte. Instrumentet har med god resultat testa validitet og reliabilitet for ulike smertetilstander. Den måler smertens intensitet, lokalisasjon og karakter. Skjemaet inneholder elleve adjektiver som måler sensoriske kvaliteter på hvordan smerten kjennes, og tolv adjektiver som måler den emosjonelle kvaliteten. Den demente skal da gjøre selv eller få hjelp til å kunne beskrive hvordan smerten kjennes. Det finnes også to instrument som brukes for de med kommunikasjonsvansker. Det er doloplus-2 som blant annet finnes på forskjellige språk, og som er delt inn i tre undergrupper med ti spørsmål i hver. Her er det fem spørsmål som går på det somatiske, tre spørsmål som har med det psykososiale og to spørsmål som har med det psykomotoriske. En UAB skala er en observasjonsskala som består av ti spørsmål som kan gis poeng alt etter hvor sterk smerten er.

Eksempel kan det være smertebetydning ved grimaser, eller hvordan den demente beveger seg. Det blir da summert sammen poengene, for å inne ut hvordan smerten har forandret seg over tid (Jakobsen, 2007).

Det andre som må gjøres i kartleggingsprosessen og som kan være en utfordring er å identifisere problemet og kartlegge det. Dette kan være hvordan pleien skal foretas slik at det blir minst mulig smertebelastning for den demente, eller en rekke utfordringer om munnhygiene eller administrering av legemidler for personer med demens. Det er så underveis nødvendig å vurdere behovene. Det som må gjøres videre i kartleggingsprosessen er å sette i gang tiltak, for å administrere pleien og sørge for administrering og behandling av legemidler etter legens forskrifter. Tiltak som rådgivning, stell og veiledning, henvisning og koordinere tjenester må settes i verk. Det er ofte nødvendig å kunne samarbeide med spesialisthelsetjenesten, slik at tjenestene til de demente blir ivaretatt og gjennomført (Beebe, A. McCaffery, 2001). Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av demente med akutte, alvorlige og somatiske sykdommer eller helseplager, og har en lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet, 2007). I følge Norges lover for helsepersonell (2006-2007), har demente personer rett på tjenester som individuell plan etter pasient-rettighetsloven og sosialtjenesteloven. Og andre tjenester fra sosialtjenesteloven, som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgnsomsorgstjenester og stønadsordninger, og hjelpemidler. I henhold til lov om tannhelsetjenesten skal det organiseres et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre og demente, og de langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Og fastlegeordningen som ble innført i juni 2001, og legetjenestene i sykehjem er grunnlaget for å bedre lege og pasientforholdet. Dette er med på å skape trygghet for pasienten og den demente, slik at det skal kunne drives med godt miljøtiltak og hjelpe med smertebehandling.

Et annet viktig hjelpemiddel i kartleggingen av smerte er den kliniske smerteundersøkelsen. Denne undersøkelsen arter seg ulikt for legen og sykepleieren. Legen legger stor vekt på smerteanamnese som smertevarighet, type smerte om den er akutt eller kronisk, lokalisasjon, andre sykdommer som er utløsende faktorer for smerte osv (Vedlegg 1). I tillegg får en mye informasjon fra en relativ enkel undersøkelse, der det er tegn til nerveskade eller tegn til overfølsomhet. Videre i kartleggingen av smerte og smerteutbredelse er kroppskartet. Den demente kan markere på kroppskartet hvor det er smerte, og hvor det er sterkest smerte (Vedlegg 4). Fokuset blir ofte

hvordan smerte påvirker den dementes generelle helse og dagligliv. For å kartlegge hvordan det påvirker helsen, er det nødvendig å finne ut om den demente spiser, drikker og sover tilstrekkelig, eller om den demente kan bevege seg. Det blir så nødvendig å finne ut om hvilke medisiner den demente tar og hvor stor dose, noe som kan være en utfordring for helsepersonell i dagens samfunn (www.akribe.no).

6.2 Kommunikasjon og samhandling i kartlegging av smerten.

Det er nødvendig å forstå all smerte som en kommunikasjon, som et levende menneskes mulighet til å reagere i en hjelpeløs situasjon. Mange demente har ofte problemer med syn, hørsel eller språk som gjør det vanskelig for dem å kommunisere om smerteopplevelsen eller å bruke strategier for smertekontroll. Ofte kan det være vanskelig å vurdere smerte, og kan være nødt til å kartlegge det gjennom kommunikasjon, samhandling, og observasjoner (McCaffery, Beebe 2001). Det kan observeres verbale og non-verbale uttrykk, ved å se om de har et anstrengt uttrykk eller lager smerte lyder. De demente kan også savne sine tidligere aktiviteter, noe som kan gi psykisk smerte ved at de rydder vekk forskjellige ting. Dette kan gi fagpersonell verdifull informasjon om deres smerteplager. Det er også viktig å studere de langsiktige følgene smerteplagene har som; inaktivitet, kroppsspråk, medikamentbruk forbruk av helsetjenester, økonomi osv (Husebø, 1990).

Det å vurdere smerte hos den demente betyr at det er viktig å snakke om smertene med den demente. Dette er aktuelt om den demente kan uttrykke seg, og for å gjøre dette lettere for dem og tjenesteyteren finnes det ulike kommunikasjonsmetoder. Noen av disse metodene er validering, som betyr å gjøre følelsene gyldige. Den er basert på den demensrammedes livshistorie, der metoden kan redusere en psykisk smerte. Det er da nødvendig å sette seg inn i livshistorien, og forstå smerten. En psykisk smerte oppstår ofte på grunn av kognitiv svikt, med blant annet hukommelse og læringssvikt, som gjør det vanskelig for dem å håndtere dagens situasjon. En annen metode er reminisens som betyr å huske og minnes. Det kan derfor være lurt å repetere det man sier flere ganger, og innslag om det som har skjedd for at det skal bli mer forståelig for den demente å uttrykke sin smerte, siden de er rammet av hukommelsessvikt. Speiling er en kommunikasjonsmetode, som vil si at tjenesteyteren kan hjelpe den demente ved å peike på der det gjør vondt. Marte meo har fokus på å utvikle ferdigheter og lære, der metoden kan lære den demente eller ivareta ferdigheten ved å kunne gi beskjed når det gjør vondt. Det er også viktig å ha en sentrering, der det er mest hovedfokus på dementes kroppslige smerte. Dette for å kunne forstå den demente, men også

slik at den demente kan føle seg trygg når vi har mest oppmerksomhet sammen med dem. Musikkinstrumenter ved musikkterapi er en god kommunikasjon, uten ord. Da kan man bearbeide sorger og traumer fra fortiden slik at det lindrer psykiske smerter og minsker ensomhetsfølelsen, og det vil gi mer livsenergi og glede (Sejerøe – Szatkowski, 2002). Det må også understreke overfor familien og pasienten at en ikke alltid vet når pasienten har vondt, og at familien da kan fortelle om atferden som kan være et uttrykk for smerten. Det kan også være en videre utfordring når den demente nekter for å ha smerte. Det vil derfor være nødvendig å snakke med den demente om dette, og gjerne bruke andre ord som vondt, ubehag, ømhet, verk for å unngå misforståelser av begreper. Noen demente kan også være veldig engstelig for å ta smertestillende medikament, særlig narkotiske stoffer på grunn av frykt for avhengighet, nedsløvning, sprøyte og frykt for å miste kontrollen eller føle seg rar. Den demente har rett til å velge å føle smertene og avslå analgetika, men det er viktig at avgjørelsen er basert på presis informasjon og ikke ubegrunnet frykt eller misforståelser (McCaffery, Beebe 2001).

Når den demente ikke er i stand eller forvirret til å kommunisere er det vanskelig å finne ut om smerten. Det vil derfor være nødvendig å skaffe en egenrapport, for så å finne ut av om det er blitt gjort noen form for inngrep som forårsaker smertene. Det er da viktig å legge merke til om den demente lager lyder som kan være tegn på smerte eller endring av lydmonster. Det må foretas en observasjon, der man studerer ansiktsuttrykkene for å se om den demente har smerte. Er det rynket panne, tett lukkede eller vidåpne øyne, tett lukket eller vidåpen munn, eller et forvridt uttrykk. Observasjon av bevegelsesmønsteret er relevant for å se om hodet beveger seg fra side til side, gynging, økning i finger og håndbevegelser, endring i gangmønster, om pasienten trekker bena opp mot magen eller ikke klarer å holde hendene i ro. Det er også viktig å finne ut om det er blitt gjort endringer i daglige aktiviteter, som økning i en aktivitet eller om det er forvirring. Det kan ha årsak i underernæring eller en kjemisk ubalanse i kroppen (McCaffery, Beebe 2001).

Noen demente kan og uttrykke sin smerte ved å ha en repeterende handling eller rope uavbrutt. Men dette kan også være en form for selvstimulering, som kan bety at den demente vil fjerne smerten selv (Engedal, Haugen 2006).

7.0 Forskning på behandlingsmuligheter for å lindre smerten

Det finnes mange behandlingsmuligheter med medisiner og ikke medisiner, som er nødvendig for å lindre smerte. Men det er ikke alt som gir like god smertelindring, og det blir derfor viktig med forskning på smertelindringsmetoder og videreutvikle det som allerede finnes. Det er for at pasienter med demens, skal ha tilbud om best mulig virkning av behandling,

Det har i den senere tid blitt forsket på alternative behandlingsmetoder og muligheter for å lindre smerten. Kroniske nervesmerter innebærer en stor lidelse for mange og det er ofte vanskelig å behandle. Lege og forsker ved Rikshospitalet i Oslo, Torhild Warncke (2001) har presentert i en avhandling om nye funn om mekanismer for utvikling av kroniske smerter. Resultatene indikerer at man ved intensivert smertelindring før, under og etter operasjoner kan forebygge utvikling av kroniske smerter. Hun mener at pasienter med kroniske nervesmerter har to typer smerteproblemer. Den ene er spontan smerte av varierende intensitet og kvalitet som er uavhengig av stimuli, dette er den kroniske smerten. Den provoserte smerten utløses ved uskyldig stimuli som normalt ikke gir opphav til smerte. Dette gis uttrykk for hypersensitivitet, en overfølsomhet i nervesystemet. Smerteutløsende stimuli som er vanlig er dermed lett berøring eller kulde. Hun mener også at når den provoserte smerten oppstår, forsterkes den kroniske nervesmerten. Warncke fokuserer nettopp på hvordan behandling som forhindrer eller svekker hypersensitivitet kan ha gunstig effekt for pasienter som er rammet av kroniske nervesmerter. Hun forteller et forsøk med dyr som har vist bestemte mottakere med NMDA reseptorer. I sentralnervesystemet er det nødvendig for at en hypersensitivitet skal kunne utvikles og vedlikeholdes. Ved et dyreforsøk skal forskeren gå direkte inn i sentralnervesystemet og studere hvordan mottakersystemet fungerer. Et mål med dette er å kunne oppnå samme resultater gjennom klinisk forskning på mennesker. I et påfølgende eksperiment ble ketamin og morfin gitt til forsøkspersonene på forhånd, før en skade ble påført huden. Det viste i de sensoriske målingene at ketamin og morfin hindret utvikling av hypersensitivitet i huden rundt det skadde området. Effekten av morfin gitt før og etter en skade, skyldes at medikamentet hindrer utsending av nerveimpulser fra skadestedet blir sendt videre til neste nervecelle i ryggmargen. Resultatene i avhandlingen viste at ved intensivert smertelindring før, under og etter operasjoner til en viss grad kan hindre pasienten i å utvikle hypersensitivitet og kroniske nevrologiske smerter (<http://www.apollon.uio>).

En dement med Alzheimer sykdom opplevde forbedringer i løpet av minutter etter et sprøytestikk i ryggmargen. De nye forskningsresultatene gjort av doktor Edward Tobinick og doktor Hyman Gross (2008), publisert i tidsskriftet *Journal of Neuroinflammation* kan være et bevis mot å lindre sykdommen Alzheimers. Legemiddelet Etanerecept som ble brukt for å behandle pasienter med leddbetennelse, viser seg til å kunne reversere Alzheimers sykdom i løpet av kort tid. Tidligere undersøkelser viser at de som lider av tidlig eller sterk utvikling av Alzheimer har opplevd klare og varige forbedringer ved bruk av medisinen. For å finne fram til en ny metode som kan hjelpe legevitenskapen med å begrense sykdommen Alzheimer, er det gjort forskning ved hjernens immunsystem. Legene tok utgangspunkt i en hypotese med pasienter som lider av for høye verdier av TNF (tumor necrosis factor – alfa), som er en type proteiner kalt cytokiner som hjelper til med å regulere hjernens immunforsvar. Legemiddelet etanerecept binder og deaktiverer overflødig TNF og brukes til å behandle flere sykdommer som så igjen kan stoppe en utvikling av smerte. Medisinen kan blant annet lindre leddbetennelse, og har en viss innvirkning på hjernens funksjoner. Rebecca Wood fra alzheimer research mener det er en lovende og innovativ forskning, men på et tidlig stadium ennå og at det kreves mer forskning. Det er derfor viktig å se på de positive virkningene kan ha vært et resultat av en placebo effekt, som er forventinger der det kan forårsake en psykisk og fysisk forbedring (www.forskning.no).

Forskning ved Universitetet i Tromsø (2007) har funnet at lurepiller lindrer smerte fordi vi forventer det. Derfor kan det resultere i følelsen av mindre smerte, selv om inntaket er placebomedisin. Så mye som 30 prosent av behandlingseffekten til smertestillende kan ligge i placeboeffekten. Psykologiprofessor Magne Arve Flaten sier at denne effekten er forsket på før, men ikke på hvorfor dette skjer. Han stilte seg spørsmålene. Hvordan kan forventning redusere smerte? Hvordan kan en mental prosess virke inn på en fysiologisk prosess? De har målt hvordan man rent kroppslig reagerer på smerte. Dette skjer via det sympatiske nervesystemet der det skjer en økt aktivering når man blir påført en smerte, slik at hjerte slår fortere og man svetter. Det forskerne ser er at når de gir en placebopille som inneholder maispulver og forteller at det er smertestillende, dempes smerten. Jo vondere smerten er, desto mer stress forekommer. Når en pille tas øker forventningene om at pillen skal bli bedre og det reduserer stress eller negative emosjoner. Flaten mener at placeboeffekten kan være grunn til alternativ medisin fungerer. Det er forsket på virkestoffer i legemiddelindustrien, der placeboeffekten er grundig utforsket. Men omtrent ingen forskning kan forklare en betydelig prosent av behandlingsresultat ved placeboeffekt (www.forskning.no).

7.1 Behandling av smerte hos demente personer.

Det finnes mange måter å behandle smerte, og jeg vil derfor bygge videre på forskningen som nevnt over om andre behandlingsmuligheter. Jeg vil så underveis drøfte og avgrense litt om andre behandlingsmetoder, både medikamentell og ikke medikamentell.

Fleste demensrammede er veldig gamle, og mange er over 80 år. En vil i løpet av en dag sitte mange timer i en stol, på grunn av lite gangfunksjon. Dette kan resultere i ømhet og direkte smerter. Det er derfor viktig å kunne redegjøre smertebehandlingens ti bud, før en behandling settes i gang. Disse budene er å lytte til pasienten, utrede smerteårsaken best mulig, sørge for en hurtig intervensjon og forutse komplikasjoner og bivirkninger. Det er viktig å kontrollere og justere behandlingen hyppig. Det er uansvarlig å være likegyldig til smertebehandling, og det vil derfor være nødvendig å huske på at det er mennesket med smerter vi behandler og ikke selve smerten. Det er viktig å skape trygghet, sørge for kontinuitet og opprettholde en varm linje viss den demente har behov for det. (Fasting, Lundorff 2001). Det som må gjøres før en eventuell smertebehandling, som nevnt tidligere i oppgaven er å klargjøre tilgjengeligheten av metodene, kostnadene, tidsbruk for pasienten eller pleieren. Men også mulige bivirkninger, forventet resultat, kontra - indikasjoner og aksept fra pasienter. Det må så finnes ut hvilke metoder som skal brukes for pasienten, hvor, når og hvor lenge som går mest på spørsmålet om prøving og feiling. Noen av behandlingsmetodene kan gi like god resultat som andre (Fasting, Lundorff 2001).

Når man skal sette i gang en ikke medikamentell behandling, er det da mulig å lindre smerten? Det er fullt mulig, med for eksempel kroppsmassasje som er velegnet til demensrammede. Men det må vurderes for hvorvidt den demente vil ha kroppsmassasje, og hvor mye smertestimuli det vil forekomme etter en kroppsmassasje (McCaffery, Beebe 2001). Lege og forsker ved Rikshospitalet i Oslo, Torhild Warncke sier nemlig at smerteutløsende stimuli er vanlig ved lett berøring (www.apollon.no). Men dette gjelder ikke alle, for det har betydning for hvilken smerte det er og noen har høyere smerteterskel enn andre. Berøring som fysioterapeutiske midler kan være til hjelp ved å lindre smerte oss demente. Det er å gi og få informasjon fra omverdenen, som vennlighet, omtanke, tett kontakt og gi hånden for å hjelpe. Men også å gi støtte når den demente er syk, og gi mulighet til å flytte vek fokuset på smerten. Noen smertebehandlinger som går på berøring passer bedre enn for andre demente. En av metodene som kan brukes er lymfeødembehandling som er å gi en behagelig massasje. Deretter foregår det en omfattende bandasje som skal brukes resten av

døgnet, supplert med øvelser og hudpleie. Etter noen ukers behandling skal den demente bruke støttestrømpe. Denne smertebehandlingen skal minske smerter og spenningsfornemmelse, gjøre huden glattere og minske risiko for infeksjoner, og den skal lindre obstipasjon og vannlatingsbesvær. Det er en hel kroppsbehandling som virker øyeblikkelig, der den gir velvære, avslapning, er beroligende og angstdempende (Fasting, Lundorff 2001).

Hjelpemidler utlånt fra fysioterapeut skal vurderes etter hva den demente har behov for. Det er hjelpemidler som madrasser, puter og diverse tekniske utstyr som heis, rullestol eller rullator. Dette skal forebygge eventuelle trykksår på grunn av immobilitet, og sekundære smerter som oppstår ved immobilitet som hodepine, stiv og øm muskulatur. Hjelpemidlene skal kunne avlaste fysiske smerter, skader eller problem ved å gi den demente et normalt liv som mulig. Det gir smertelindring, økt mobilitet og høy grad av verdighet hos den demente (Fasting, Lundorff 2001). Når den demente har tilgang på hjelpemidler, blir det lettere å være med på musikkterapi sammen med andre demente. Musikkterapien kan bidra med smertelindring ved at terapeuten kan fremme sunnhet ved å bruke musikalske opplevelser og relasjoner mellom dynamiske og forandrede krefter. Men også avledning fra smerteopplevelsen. Å synge kjente og gamle sanger skal bidra at den demente føler glede og mestring. Fasting og Lundorff (2001) hevder at dr. J. P Shepard og dr. E. Kane demonstrerte at rolig musikk minsker blodtilførsel til hjernen, mens livlig musikk øker blodtilførselen. Dette har resultert i smertelindring hos den demente, og lavere doser av smertestillende medikamenter. Det er også viktig å være oppmerksom på at ikke alle har glede av musikk, og bruken av musikk krever presis kunnskap om hvor, hvordan og hvorfor musikk. Dette krever riktig anvendelse til den medisinske behandlingen av medisinsk personale. Musikkens terapeutiske anvendelse i smertebehandlingen har tre nivåer som er det støttende nivået, der det foregår en midlertidig smertelindring med musikkbaserte avslapningsteknikker. Det andre nivået er det spesifikke, som er forståelse og respekt for smerten. Og det avanserte nivået er opphevelse av smerten (Fasting, Lundorff 2001).

En annen form for ikke medikamentell behandling er innenfor det teknologiske, som akupunktur. Denne behandlingen stikker en tynn nål gjennom huden i nøye utvalgte punkter på kroppen, der den også kan bedøve pasientene i forbindelse med operasjoner. Selv om det er en anerkjent metode, møtes den med skepsis av enkelte leger. Det er fordi akupunktorens virkning ikke er helt klarlagt, men man mener likevel at det er tre mekanismer som virker rundt smertelindring. Det er at

akupunktorens nålestikk stimulerer små hudnerver, som da sendes videre igjen til ryggmargens bakhorn. Der foregår det en utkonkurrering av smertesignalenes videre transport til hjernen. En annen virkningsmekanisme er at akupunktoren skal øke kroppens egne morfiner og endorfiner. Og det skal kunne stimulere smertehekkende baner fra hjernen og ned til ryggmargens bakhorn. Det vil også være nødvendig med en transkutan elektrisk nervestimulering ettersom mange pasienter og demente generelt lider av kroniske nervesmerter. Den elektriske stimuleringen er elektroder som settes fast på huden, som skal gi strømstøt av forskjellig frekvens og styrke. Det oppstår ofte da en snurrende eller prikkende fornemmelse i huden. Denne fornemmelsen oppstår pga nervesignaler som sendes via hudnerver inn til ryggmargens bakhorn. Der blir signalene omstilt og sendt videre til hjernen. Dette er mye av det samme som elektrisk ryggmargsstimulering, der en elektrode føres inn i ryggmargskanalen og opp til et sted ved ryggmargen, der smertesignalene kommer inn. Dette skal kunne gi en god smertelindring (Fasting, Lundorff 2001). Men hvor vellykket transkutan elektrisk nervestimuleringen er varierer alt etter hvor mye dyktighet til den som bruker det. Mekanismene som fører til smertelindringen ved bruk av dette er fortsatt uklart, siden det er flere forskjellige elektriske stimuleringsmåter og mange metoder å plassere elektrodene på. Men det er kommet frem til at noen typer av transkutan elektrisk nervestimulering, ser delvis ut til å lindre smerten gjennom å øke mengden av kroppens endorfiner eller naturlige morfin. Denne behandlingsformen passer best kombinert med fysioterapi rettet mot rehabilitering, slik at den kan lindre smerten. Musklene kan da få hensiktsmessig terapi med diverse øvelser og tøyninger, ved kroniske ryggmerter, leddgikt, h ndleddssmerter og problemer som angår muskler og skjellett (McCaffery, Beebe 2001).

Varme og kulde skal ogs a kunne gi en smertelindrende effekt ved mange langvarige smertetilstander, men ikke alltid. Lege og forsker ved rikshospitalet i Oslo, Torhild Warncke mener at smerteutl sende stimuli ved kroniske smerter er kulde (www.apollon.uio). Og det vil i følge Fasting og Lundorff (2001) være vanskelig   finne ut hvem som har mest glede av dette, og om det virkelig har sin hensikt. Demente har ofte problemer med   uttrykke sin mening, men det vil allikevel være viktig   prøve seg frem ved   forklare og vise den demente hva som er hensikten med behandlingen, som da kan være utstyr som varmeputer og madrasser eller kalde pakninger. En Kiropraktor skal og kunne hjelpe en dement med nedsatt bevegelighet på grunn av smerter, ved   øke bevegeligheten i leddene. Dette skal lindre smerten, ved at Kiropraktoren foretar en hurtig bevegelse ut over ytterstillingen, slik at leddkapsel og leddbånd overtrekkes ved et knekk. Det

oppstår da økt bevegelighet, og det blir dermed viktig å helbrede det med passende øvelser og regelmessig mosjon (Fasting, Lundorff 2001).

I følge Husebø (1990) finnes det omtrent 30-40 medikamenter i Norge som lindrer smerte, og innholdene i disse medikamentene er ganske likt. Det finnes da tre nivåer av medikamenter med direkte smertestillende effekt. Disse nivåene finnes det ulike navn og typer av medisiner, og noen demente oppnår god lindring av disse, mens andre får kraftigere bivirkninger og mer smerter på grunn av liten effekt av medisinen. Demente som har kroniske smerter har det best om de tar tabletter regelmessig og forebyggende, men viss smerten er periodisk bør den demente ta medisin når det er behov for det. Hvilke medikament og dose som gjelder for den enkelte dement, må i fleste tilfeller bestemmes av lege og pårørende. Det første nivået som nevnt over er sterke opioider ved smertestillende medikament som morfin og beslektede medikamenter med morfin. Det har gode egenskaper ved behandling av akutte eller sterke smerter. Erfaring viser at det lindrer godt ved akutte smerter med en effekt opp til 12 timer, og morfin virker best når det er akutt eller skadet vev. Lege og forsker ved rikshospitalet i Oslo, Torhild Warncke hadde i et påfølgende eksperiment gitt ketamin og morfin til forsøkspersonene på forhånd, før en skade ble påført huden. Her viste de sensoriske målingene at medikamentene hindret utvikling av hypersensitivitet rundt det forbrente området. Effekten av morfinet gitt før en skade skyldes at det hindrer utsending av nerveimpulser fra skadestedet til nervecelle i ryggmargen (www.apollon.no). Men det er viktig å tenke på bivirkningene som kan oppstå ved medikamentet som dødsighet, tretthet, kvalme, forstoppelse og i noen tilfeller vonde drømmer. Dette kan bidra til å forsterke smertene hos den demente, istedenfor å lindre. Det andre nivået av andre ikke - opioider smertelindrende medikamenter er paracetol, acetylsalicylsyre og antiinflammatorer, som gir sjeldne bivirkninger ved anbefalt dosering. Men det kan gi lever og nyreskade hos demente, ettersom det kan bli gitt for store doser av slike smertestillende. Disse smertestillende medikamentene virker godt mot perifere smerte, hvor vevsirritasjonen og inflammasjonen kan være et problem (Husebø, 1990).

Det tredje nivået av andre smertestillende effekt, er medikamenter mot depresjon, angst, epilepsi og betennelser. De angstdempende medisinerne er blant annet Valium og Stesolid som kan gi muskelavslappende effekt og lindre smerte. Medisin mot uro og vonde tanker som Truxal eller Hibanil i moderat mengde kan lindre eller fjerne disse symptomene hos demente. Og sovemedisin kan lindre følgesymptomer til smerte, som kan være nødvendig for å bryte ned en vond sirkel.

Medisin mot forstoppelse som fiber og duphalac kan lindre plagene ved forstoppelse, som kan ha blitt forårsaket av andre medikamenter. Medikamenter mot Antidepressiva og Antiepileptika kan lindre smerte. Men det kan oppstå bivirkninger som kan forverre smertene, som diare, kvalme, svimmelhet og tretthet. Men disse er ofte forbigående og ikke alvorlige, som vil forsvinne viss behandlingen avsluttes (Husebø, 1990). Når det gjelder bruk av psykofarmaka må man generelt være tilbakeholden ved bruk av slike medikamenter til personer med demens på grunn av negativ effekt på den dementes kognitive evner. Men medikamentene skal være til hjelp om den demente plages av uro, hallusinasjoner eller vrangforestillinger, som har betydning for smertens utvikling i kroppen. Medikamentene skal ta vekk symptomer som er lidende for den demente og miljøet rundt, uten å skape større bivirkninger (Engedal, Haugen 2006).

8.0 Avslutning

Denne oppgaven har belyst temaet smerte hos demente personer. Grunnlaget for oppgaven var problemstillingen: *Hvordan hjelpe en dement person som har smerte i kroppen?* Det å være dement skaper mange kognitive problemer og smerter som blant annet svekket hukommelse, og svikt av dømmekraft, planlegging tenkning og abstraksjon. Jeg har derfor gjort rede for teori om demens, smerte og smertemekanismer. Det kan også oppstå helsemessige problemer som svikt i kroppslige funksjoner og hjernesykdommer hos den demente. Det vil igjen berøre hvordan den demente reagerer sosialt og atferdsmessige, som skaper forandringer og smerte. Jeg har derfor gjort rede for svikt i kroppslige funksjoner, hjernesykdommer og hvordan den demente reagerer atferdsmessig og sosialt i denne oppgaven.

Det vil videre være en utfordring for helsepersonell, å finne ut hva som forårsaker smerte og hvordan hjelpe den demente best mulig med smertelindring. Å finne ut av dette blir derfor nødvendig å foreta observasjon, registrering og planlegge kartleggingen. Det blir underveis viktig å ha god kommunikasjon og samhandling til kartleggingen, for å hjelpe den demente med smertene, som er med å skape tillitt. Det er så nødvendig å benytte ulike smertelindringsmetoder, både medikamentell og ikke medikamentell. Jeg har derfor prøvd å knytte det opp mot forskning som er gjort på diverse smertelindringsmetoder, som jeg også har gjort rede for i denne oppgaven.

9.0 Litteraturliste

- Aambø, A (2007). *Smertes. Smerteopplevelse og atferd*. Cappelen Forlag AS.
- Beebe, A. McCaffery, M (2001). *Smertes. Lærebok for helsepersonell*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Engedal, K. Haugen, P K (2006). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. Wyller T B (2003). *Aldring og Hjernesykdommer*. Akribe Forlag.
- Fasting, U. Lundorff L (2001). *Smertes og smertebehandling i klinisk praksis*. Special - Trykkeriet Viborg a-s.
- Husebø, S (1990). *Smerteboken*. Eide Forlag.
- Hægerstam, G (2007). *Smårta hos åldre*. Printed by Pozkal, Poland.
- Jacobsen, D. I (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Jakobsen, U (2007). *Långvarig Smårta*. Printed by Pozkal, Poland.
- Norges Lover (2006-2007). *Lovsamling for helse og sosialsektoren*, Gyldendal akademiske.
- Sejerøe, K (2002). *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Støvring, T. Støvring J (1998). *Pasientobservasjon. En lærebok for sykepleierstudenter*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Vetlesen, A-J (2004). *Smerte*. Dinamo Forlag.

Internett adresser:

- http://www.akribe.no/_upl/filer/smertekapitell.pdf (04.02.2008 kl 20.00)
- <http://www.apollon.uio.no/vis/art/2001/4/smerte> (06.02.2008 kl 01.15).
- <http://www.forskning.no/Artikler/2008/januar/1199967112.17> (06.02.2008 kl 01.42).
- http://uit.no/labyrint/2007_01/5056 (27.02.2008 kl 15.50).
- www.aus.no/stream_file.asp?iEntityId=5561 (27.02.2008 kl 16.00).

Offentlige publikasjoner:

- Sosial og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo forlagstrykkeri AS.

Vedlegg 1

Navn: _____ *Fødselsdato:* _____

Adresse: _____ *Tlf/mobil:* _____

Kontakt med hjelpeapparatet

Fastlege:

Navn: _____

Legekantor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Hvor lenge har du hatt kontakt med legen?: _____

Annen fast legekontakt:

Navn: _____

Avdeling: _____

Sykehus: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Andre sentrale behandlere i hjelpeapparatet:

Navn: _____ Navn: _____

Yrke: _____ Yrke: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Navn: _____ Navn: _____

Yrke: _____ Yrke: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Familie/sosialt

Sivilstatus:

Gift Ugift Samboende Partnerskap
Skilt Separert Enke (-mann)

Barn: Antall: _____ Alder: _____

Boforhold:

Eget hus
Leilighet Etasje: med heis uten heis

Arbeid

Utdanning: _____

Hvor mange års skolegang har du til sammen? _____ år

(tell antall år fra og med første skoleår på barneskole/folkeskole)

Yrkespraksis (oppsummert): _____

Ansatt i nåværende arbeid siden: _____

Arbeidssituasjon:*fra når?*

Jeg er i fullt arbeid	Attføring	_____
Deltidsarbeid _____ t/uke	Rehabilitering	_____
Arbeidsløs	Uførepensjon	_____
Hjemmearbeidende	Sykemeldt	_____
Student/elev	Aktiv sykemelding	_____

Har du vært *sykemeldt* siste 10 år? Ja Nei

Hvis ja, hvor mange ganger (omtrent)? _____

Hvor lenge totalt (omtrent)? _____

Økonomi:*spesifiser:*

Arbeidsinntekt	Økonomisk sosialhjelp	
Attføringspenger	Uførepensjon	
Rehabiliteringspenger	Dagpenger	
Sykepenger	Forsikringer	
Ektefelles inntekt	Pensjon	_____
Mottar bidrag	Annet	_____
Søker uføretrygd		

Kommentar: _____

Hvordan vurderer du din økonomi:

God Middels Dårlig

Har du noen **erstatningssak** med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet?

Hvis ja, beskriv:

Sykehistorie

Tidligere sykdommer:

Hvor mange ganger har du vært behandlet for *andre* smertetilstander tidligere? _____

Hvor mange ganger har du trengt øyeblikkelig hjelp på grunn av smerter? _____

Har du blitt operert på grunn av smerter? Ja Nei

Hvis ja: hva slags operasjon(er), og når: _____

Sykehusinnleggelse:

Sykehus	Årsak	År

Vedlegg 2

Smertens styrke/grad av plage

Du kan ha flere smerteplager. Her er vi interessert i **de smertene som plager deg mest**. Forestill deg en skala fra 0 til 10 (0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10), hvor 0 f.eks. er ingen smerte og 10 er den mest intense smerte du kan forestille deg. I spørsmålene under ber vi deg om å sette en ring rundt det tallet som best gir uttrykk for din situasjon.

Hvor sterke er smertene når de er minst intense?

Ingen smerte

Den sterkeste smerte du kan tenke deg

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hvor sterke er smertene når de er mest intense?

Ingen smerte

Den sterkeste smerte du kan tenke deg

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hvor mye plager disse smertene deg i gjennomsnitt?

Ingen plager

Uutholdelig plaget

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hvis det ikke er mulig å gjøre deg fullstendig smertefri, hvilke smertenivå ville det være akseptabelt for deg å leve med?

Ingen smerte

Uutholdelig plaget

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vedlegg 3

Hvordan har du det?

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset.

Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag).

Sett ring rundt tallet som passer best. Husk å sette *en ring utenfor hver plage/hvertsymptom*.

Sett ring rundt tallet.

Symptom	Ikke i det hele tatt 1	Litt 2	En god del 3	Svært mye 4
1 Plutselig skremt uten grunn	1	2	3	4
2 Føler deg engstelig	1	2	3	4
3 Føler deg svimmel eller kraftløs	1	2	3	4
4 Nervøs eller urolig	1	2	3	4
5 Hjertebank	1	2	3	4
6 Skjelving	1	2	3	4
7 Føler deg anspent eller opphisset	1	2	3	4
8 Hodepine	1	2	3	4
9 Anfall av redsel eller panikk	1	2	3	4
10 Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1	2	3	4
11 Føler deg slapp og uten energi	1	2	3	4
12 Anklager deg selv for ting	1	2	3	4
13 Har lett for å gråte	1	2	3	4
14 Tap av seksuell interesse/opplevelse	1	2	3	4
15 Dårlig appetitt	1	2	3	4
16 Vanskelig for å sove	1	2	3	4
17 Følelse av håpløshet mht. framtiden	1	2	3	4
18 Føler deg nedfor	1	2	3	4
19 Føler deg ensom	1	2	3	4
20 Har tanker om å ta ditt eget liv	1	2	3	4
21 Følelse av å være fanget	1	2	3	4
22 Bekymrer deg for mye	1	2	3	4
23 Føler ikke interesse for noe	1	2	3	4
24 Føler at alt krever stor anstrengelse	1	2	3	4
25 Føler at du ikke er noe verd	1	2	3	4

Hvordan oppstod smertene:

plutselig

gradvis

Når startet smertene:

År

Måned

Dag

Smertene har vært som nå siden:

År

Måned

Dag

Smertene oppstod etter...

Ulykke

Skade

Etter sykdom

Etter operasjon

Kreft

Ingen spesiell hendelse

Andre årsaker:

Hva tenker du er årsaken til dine smerter?

Beskriv kort hvilke forklaringer du har på smerten(e).

Husk å svare med utgangspunkt i smertene du har i dag. Velg ett alternativ. Jeg har smerter:

- konstant eller nesten konstant, med liten variasjon
- konstant eller nesten konstant, med varierende styrke
- tilbakevendende med uregelmessig mellomrom
- tilbakevendende og regelmessig
- anfallsvis
- vedvarende med anfallsmessige forandringer
- andre kombinasjoner:
- ingen av de ovenstående

Smertevariasjon:

Varyerer smertene i løpet av døgnet: Ja Nei:
Beskriv hvor intense smertene dine er fra 0-10.

Morgen:	<input type="text"/>	Formiddag:	<input type="text"/>			
Ettermiddag:	<input type="text"/>	Kveld:	<input type="text"/>	Natt	<input type="text"/>	

Hva lindrer dine smerter:

Nesten alle opplever at det er forhold som bidrar til å lindre opplevelse av smerte. Forhold som kan være lindrende for noen, kan gi smerte for andre. Sett ring rundt hvilke av følgende forhold som lindrer smertene dine.

Varme	Kulde	Massasje/ Gnidning	Sitte	Stå	Ligge	Gå
Løpe	Stå opp av senga	Hosting	Tretthet	Vobring	Angst	Brå bevegelse
Fuktig Vær	Kaldt vær	Varmt vær	Støy	Alkohol	Koffein- holdige drikker	Prate
Stress	Svømme	Stillings- endring				

Hva gjør du for å lindre smerte:

Hva forverrer dine smerter:Hvilke forhold forverrer smerten:

Varme	Kulde	Massasje/ Gnidning	Sitte	Stå	Ligge	Gå
Løpe	Stå opp av senga	Hosting	Tretthet	Vobring	Angst	Brå bevegelse
Fuktig Vær	Kaldt vær	Varmt vær	Støy	Alkohol	Koffein- holdige drikker	Prate
Stress	Svømme	Stillings- endring				

Egne

kommentarer: _____

Dine ønsker, håp og forventninger

Er det ting du gjerne vil gjøre, men som du ikke får gjort på grunn av smertene?
Hvis ja, hvilke ting: _____

Nettverk

Hvem opplever du som dine støttepersoner i din situasjon?

Søvn/hvile:

Når omtrent legger du deg om kvelden? kl. _____

Hvor lang tid tar det fra du lukker øynene og til du sovner? _____

Når omtrent våkner du om morgenen? kl. _____

Føler du deg uthvilt om morgenen? _____

Hviler du i løpet av dagen? _____

Hvor lenge hviler du per gang? _____

Hvor mange ganger våkner du pr. natt på grunn av smerter? _____

Hva gjør du når du våkner i løpet av natten? _____

Har du søvnproblemer som ikke skyldes smerter? Ja Nei

Hvis ja, kan du beskrive søvnproblemene dine? _____

Tidligere behandling

Hvilken effekt har du av følgende:

Sett kryss i ruten som blir riktig for deg. Angi behandlingsperiode.

	Ingen	Middels	God	Behandlings- periode
Fysioterapi				
Operasjon				
Psykolog/psykiater				
Kiropraktor				
Akupunktør				
Andre				

Hvilken/hvilke av disse opplever du har hjulpet best?

Er det ting du har gjort selv for å lindre smertene, og hvordan har i tilfelle dette hjulpet deg?

Bruk av medisiner

Medikamenter jeg tar i dag:

1. Smertestillende medisin:

Medikament	Dosering	Effekt				Bivirkning
		Ingen	Liten	Middels	God	

2. Beroligende medicin:

		Effekt				
Medikament	Dosering	Ingen	Liten	Middels	God	Bivirkning

3. Medicin mot søvnproblemer:

		Effekt				
Medikament	Dosering	Ingen	Liten	Middels	God	Bivirkning

4. Andre medisiner:

		Effekt				
Medikament	Dosering	Ingen	Liten	Middels	God	Bivirkning

Medisiner jeg har prøvet tidligere:

		Effekt				
Medikament	Dosering	Ingen	Liten	Middels	God	Bivirkning

Allergier:

Bruker du?

Alkohol: Nei Ja Hvis ja, Mengde:_____ Hyppighet:_____

Nikotin: Nei Ja Hvis ja, Hvor mye:_____

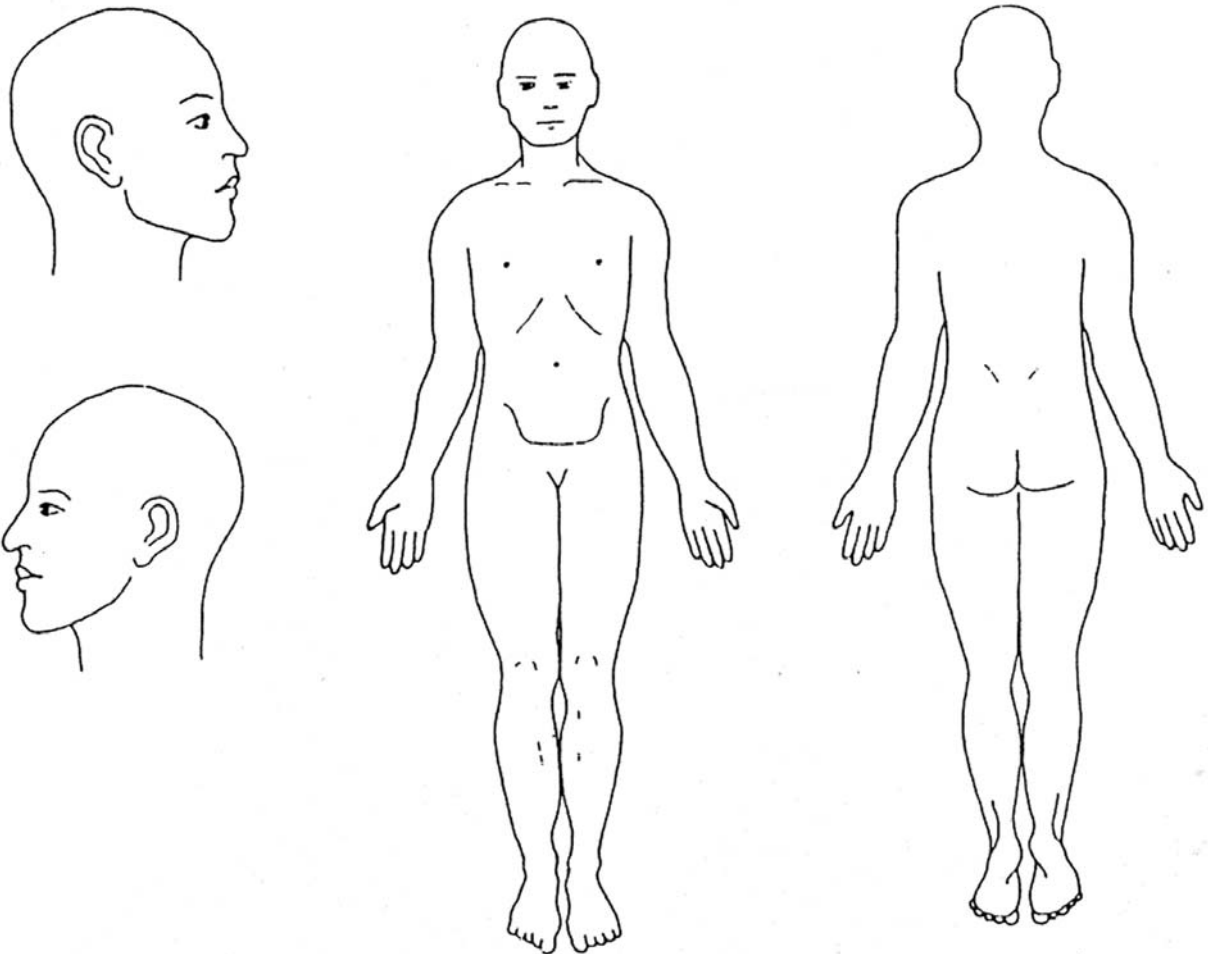
Annet: Nei Ja Hvis ja :_____

Andre spesielle forhold som du ikke har fått med i dette skjema?

Vedlegg 4

Beskrivelse av problemene

Her kan du tegne inn smertefulle områder



Kan du med egne ord beskrive smertene?
