Bedömning av smärta med hjälp av Abbey Pain Scale - SWE

Namn:……Personnummer…….

Symtomskattning påbörjas tidigt i förloppet för att kunna se när/ om symtom uppstår som behöver lindras. Injektion med trygghetsläkemedel ska alltid föregås av en symtomskattning och utvärderas med ny skattning. Vid regelbundna injektioner och god symtomlindring symtomskattar man minst två gånger/ dag samt vid tecken på symtom som behöver lindras. Poängutslag för ex förändrat beteende fylls i med samma poäng vid oförändrad bedömning.

Fyll i datum och klockslag. Ange siffran för din bedömning i respektive ruta. Summera längst ner. Injektioner markeras med ett kryss.

Datum och klockslag																	
Injektion																	
Ljuduttryck																	
Ansiktsuttryck																	
Förändrat kroppsspråk																	
Förändrat beteende																	
Fysiologisk förändring																	
Kroppslig förändringar																	
Summa/ signatur																	

Abbey Pain Scale-SWE – För bedömning av tecken på smärta hos personer med demenssjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal. Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3

1. Ljuduttryck – t ex gnyr, jämrar sig, gråter	☐
2. Ansiktsuttryck – t ex ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	☐
3. Förändrat kroppsspråk – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel	☐
4. Förändrat beteende – t ex ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen	☐
5. Fysiologisk förändring – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet	☐
6. Kroppslig förändring – t ex hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer	☐

Typ av smärta: Långvarig ☐ Akut ☐

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa: ☐

Framtagen av universitetslektor Christina Karlsson, Örebro universitet
Originalskala: Abbey J, Piller N, De Bellis et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 10(1): 6–13

Reviderad 220316 Palliativgruppen

Munhälsobedömning enligt ROAG

Ett skattningsinstrument för att bedöma munhälsa hos personer med nedsatta funktioner eller som inte kan verbalisera besvär i munhålan

Fyll i datum och klockslag. Ange siffran för din bedömning i respektive ruta. Summera längst ner.

Namn:……Personnummer…….

Datum och klockslag																	
Röst																	
Läppar																	
Munslemhinnor																	
Tunga																	
Tandkött																	
Tänder																	
Protes																	
Saliv																	
Sväljning																	
Summa och signatur																	

ROAG - Riskbedömning av munhälsa

Metod: Använd tesked och belysning för inspektion av munhålan. Observera de områden som anges nedan. Skatta poäng för varje lokalisation och summera.

Röst	**1.** Normal röst	**2.** Torr, hes, smackande	**3.** Svårt att tala	☐
Läppar	**1.** Lena, ljusa, fuktiga	**2.** Torra, spruckna, sår i mungiporna	**3.** Såriga, blödande	☐
Mun-slemhinnor	**1.** Ljusröda, fuktiga	**2.** Röda, torra och områden med färgförändring eller beläggning	**3.** Sår, med el utan blödning, blåsor	☐
Tunga	**1.** Ljusröd, fuktig med papiller	**2.** Inga papiller, röd, torr beläggning	**3.** Sår med eller utan blödning, blåsor	☐
Tandkött	**1.** Ljusrött och fast	**2.** Svullet, rodnat	**3.** Spontan blödning	☐
Tänder	**1.** Rena, ingen synlig beläggning el matrester	**2.** Beläggning el matrester lokalt, trasiga tänder	**3.** Beläggning el matrester generellt, trasiga tänder	☐
Protes	**1.** Ren och fungerande	**2.** Beläggningar el matrester	**3.** Används ej/dåligt fungerande	☐
Saliv	**1.** Glider lätt	**2.** Glider trögt	**3.** Glider inte alls	☐
Sväljning	**1.** Obehindrad sväljning	**2.** Obetygliga sväljproblem	**3.** Uttalade sväljningsproblem	☐

10 poäng => Risk för ohälsa i munnen. **Summa:** ☐

Reviderad 220316 Palliativgruppen