



Examensarbete
Våren 2012
Sektionen för hälsovetenskap
Omvårdnad

Ingen gissningslek

En litteraturstudie om att bedöma smärta hos
personer med demenssjukdom

Författare

Ingemar Hermansson

Josefin Gylling

Handledare

Lena Bjerström

Examinator

Gert Hedov

Datum

2012-06-13

Ingen gissningslek

En litteraturstudie om att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom

Författare: Ingemar Hermansson & Josefin Gylling

Handledare: Lena Bjerström

Litteraturstudie

2012-06-13

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet personer med demenssjukdom ökar ständigt i hela världen och eftersom åldrandet är förknippat med smärttillstånd kommer sannolikt även antalet personer med demenssjukdom som har smärta att öka. Demens är ett samlingsnamn för sjukdomar och skador i hjärnan som innebär försämrade minnesförmåga. Personer med demenssjukdom har på grund av minnesstörning och kommunikationsproblem svårigheter att beskriva smärta. Detta kan leda till en smärtbehandling som inte är optimal och personerna utsätts för onödigt lidande. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva förutsättningar som påverkar sjuksköterskans bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom. **Metod:** Metoden var en litteraturstudie baserad på 12 kvalitativa och kvantitativa studier. **Resultat:** För att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom behövde sjuksköterskan ha förmåga att identifiera förändringar i beteende och arbeta utifrån evidens. Andra förutsättningar som ansågs viktiga var att sjuksköterskan hade ett professionellt förhållningssätt och förmåga att skapa en professionell relation. **Slutsats:** Det går att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom genom att sjuksköterskan har tid, kunskap, utbildning och personkännedom. Däremot behövs ytterligare forskning beträffande bedömningsinstrumentens användbarhet i praktiken.

Nyckelord: demens, smärta, sjuksköterska, bedömning

Not a guessing game

A literature review of assessing pain in people with dementia

Author: Ingemar Hermansson & Josefin Gylling

Supervisor: Lena Bjerström

Literature review

2012-06-05

Abstract

Background: The number of people with dementia is steadily increasing worldwide and since ageing is associated with pain it is likely that the number of people with dementia who are in pain also will increase. Dementia is a general term for diseases and injuries of the brain that involves decreases in memory function. People with dementia have, due to memory loss and communication problems, difficulty describing the pain. This may result in pain management not being optimal, in turn exposing this group of patients to unnecessary suffering. **Aim:** The aim of this study was to describe conditions that influenced nurses' assessment of pain in people with dementia. **Method:** The method was a literature review based 12 qualitative and quantitative studies. **Results:** To identify pain in people with dementia nurses needed to have the ability to identify changes in behaviour and work evidence based. Other conditions that were considered important was that the nurse had a professional approach and the ability to create a professional relationship. **Conclusion:** It is possible to identify pain in people with dementia by nurses having time, knowledge, training and personal knowledge. However, further research regarding assessment instruments' usefulness in practical work is needed.

Keywords: dementia, pain, nurse, assessment

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Urval	8
Datainsamling.....	8
Genomförande.....	9
Analys	10
Etiska överväganden	10
RESULTAT	10
Sjuksköterskans förutsättningar	11
Förmåga att identifiera förändringar i beteende	11
Förmåga att arbeta utifrån evidens.....	12
Förmåga att ha ett professionellt förhållningssätt.....	14
Förmåga att skapa en professionell relation.....	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Slutsats och praktiska implikationer.....	20
REFERENSER	22

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativ metod

Bilaga 4 Protokoll för kvalitetsgranskning av kvantitativ metod

BAKGRUND

Åldrandet är förknippat med smärttillstånd, oavsett kognitiv status (Skoog, 2004). Antalet äldre ökar och beräknas fortsätta öka till följd av ökad medellivslängd (Socialstyrelsen, 2009). Personer med demens som kan komma att uppleva smärtsamma förhållanden kommer därför sannolikt att öka. För de som drabbats innebär demensdiagnosen ofta svårigheter att beskriva smärta på grund av minnesstörning och kommunikationsproblem, vilket kan leda till underdiagnostisering och en smärtbehandling som inte är optimal (Husebø, 2009). Regelbundna och systematiska smärtbedömningar samt utvärdering av effekterna behövs för att kunna hjälpa demensdrabbade som har smärta. Teamet av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter behöver arbeta nära de som vårdar demenssjuka för att smärta ska kunna identifieras (Ragneskog, 2011).

Demens är ett samlingsnamn för sjukdomar och skador i hjärnan som kan uppträda i samband med hög ålder. Demenssjukdomen är fortskridande med tilltagande försämring av såväl fysiska som intellektuella funktioner och färdigheter (Spjuth, Lundell & Bergh, 2006). Begreppet demens innebär försämrad minnesförmåga men det krävs även att andra intellektuella områden är påverkade som omdömesförmågan, svårighet att orientera sig till tid, rum och person, känslomässig avtrubning samt hämningslöshet (Skog, 2009). Sjukdomen skadar hjärnans nervceller vilket leder till svårigheter att kommunicera. Den demenssjuke patienten kan inte uppfatta eller tolka sig själv och sin omvärld som tidigare (Spjuth et al., 2006).

Alzheimer's Disease International uppskattade att det fanns 36 miljoner personer i världen med demenssjukdom 2010, vilket beräknas öka till 115 miljoner år 2050 (Wimo & Prince, 2010). 2005 beräknades ca 142 000 personer i Sverige lida av demens (Socialstyrelsen, 2007). Alzheimers sjukdom är den vanligaste demensformen. Sjukdomen kan uppträda mellan 40 och 65 år men är vanligast efter 65 års ålder och har ett långt, smygande förlopp. I ett långt framskridet skede av sjukdomen blir den sjuke i mer behov av hjälp. Gångförmågan försämras, den sjuke behöver hjälp med hygien, matning och på/avklädning. Även språket avtrubbas och kan helt försvinna och den sjuke uttrycker sig bland annat genom skrik och förändrade ansiktsuttryck (Isaksson, 2000). Vaskulär demens står för 30 procent av samtliga fall av demens, och är den näst vanligaste förekommande formen. Typiskt för denna sjukdom är att den sjukas förmåga att förstå, tänka och resonera kan variera från dag till dag. Symtomen varierar beroende på var i hjärnan skadan sitter. En tiondel av alla demenssjukdomar tillhör gruppen frontallobsdemens. Sjukdomen debuterar vanligen före 65 års ålder, inte sällan redan i 40-årsåldern. Sjukdomen är smygande och kan

påminna om Alzheimers sjukdom, men typiskt är de tidiga personlighetsförändringarna, försämrad koncentrationsförmåga och nedsatt språkfunktion. Den sjuke blir ofta insikts- och omdömeslös. Rastlöshet och psykotiska symtom kan förekomma (a.a.).

Diagnostiska kriterier för demens enligt International Classification of Disease, ICD-10 (World Health Organization, WHO, 1993) är nedsatt minnesförmåga och nedsättning av andra kognitiva funktioner inom ett eller flera av följande områden: omdöme, tänkande, abstraktionsförmåga eller planering. Områdena skall vara nedsatta i så hög grad att det påverkar normala dagliga aktiviteter. I diagnoskriterierna bedöms även sviktande personlighet och beteende. Ett eller flera av följande symtom skall uppvisas: emotionell labilitet, irritabilitet, apati samt förgrovat socialt beteende. Symtom skall vara till betydande hinder i arbete och sociala aktiviteter och ha funnits mer än sex månader. Det är först när det rör sig om en kombination av försämrad minnesförmåga och symtom på nedsättning i andra mentala processer som man talar om demens (a.a.). Demenssjukdom graderas som mild, medelsvår och svår. Vid mild demens är den intellektuella förmågan påverkad, den sociala och arbetsmässiga förmågan är nedsatt men individen klarar av att leva på egen hand. Vid medelsvår demenssjukdom behöver individen daglig tillsyn och vid svår demens behövs ständig tillsyn (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011).

Beroende på graden av demenssjukdom, i omvårdnaden av den demenssjuke vårdtagaren, finns kommunikationsproblem. Dels den demenssjukes svårigheter att uttrycka sig klart och tydligt, dels svårigheter för den demenssjuke att förstå andra människor (Ragneskog, 2011). Att inte alltid kunna förmedla tankar och känslor innebär inte oförmåga att tänka och uppleva. Den demenssjuke kan ha starka känslor men vara oförmögen att uttrycka dem (Rahm Hallberg, 2002). Fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer kan bidra till hur smärtan upplevs och uttrycks. Smärtan kan beskrivas som lidande och bör betraktas som ett fenomen där kroppsliga och själsliga aspekter är integrerade. Smärta kan således ses ur ett helhetsperspektiv med såväl fysiska, psykiska, sociala och/eller existentiella dimensioner (Hægerstam, 2007). Personer med demenssjukdom förmedlar ofta sina känslor genom beteende och kroppsspråk (Ragneskog, 2011). Smärta är en subjektiv upplevelse och upplevs på ett personliga sätt (Nortvedt, 2000).

Olika personer har olika förmåga att tolerera smärta och olika sätt att hantera den. En mängd faktorer gör att smärtan upplevs olika, exempelvis tidigare smärtupplevelser, stämningsläge och sociala faktorer. Det är väl känt att personer i olika kulturer uttrycker smärta helt olika på grund av skilda erfarenheter (Nortvedt, 2000). Smärta kan förklaras enligt Werners (2010) översättning av

International Association for the Study of Pain (IASP) smärtdefinition: ”*En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Oförmåga att kommunicera utsluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter av vävnadsskada tidigt i livet*” (Werner, 2010 s. 13)

Royal Collage of Physicans (2007) har utarbetat nationella riktlinjer för bedömning av smärta hos personer med nedsatt kognitiv förmåga och kommunikationssvårigheter. Arbetet med dessa riktlinjer har tillkommit för att uppmärksamma smärtproblematiken hos denna patientgrupp och för att utarbeta evidensbaserade forskningsunderlag avsedda att användas kliniskt. Syftet med dessa riktlinjer är att förse professionella vårdare med effektiva redskap för bedömning av smärta (a.a.).

Sjuksköterskans arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt som bygger på evidens vilket utförs i enlighet med gällande författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005). Arbetet som sjuksköterska innebär att utgå från en värdegrund som grundar sig på en humanistisk människosyn, visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter. I sjuksköterskans kompetensområde ingår även att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov. Sjuksköterskeyrket handlar även om att vara uppmärksam och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005).

Värdering och bedömning av smärta hos personer med demens genomförs till stor del utifrån verbal kommunikation, trots att denna patientgrupp ofta har svårigheter i den verbala kommunikationsprocessen. Bedömningarna som utförs riskerar bli osäkra och medföra att patienterna utsätts för onödigt lidande (Rundgren, 2006). För bedömning av smärta, kan olika bedömningsinstrument användas, där patienten med hjälp av självskattningsskalor själv kan skatta sin smärta enligt olika grader eller dimensioner. Skalorna är utformade med tal eller bilder. Dessa skalor har dock litet värde vid bedömning av smärta hos patienter med demens, då de har svårare för att intellektuellt bidra till bedömningen. Däremot kan observationsskalor användas av sjukvårdspersonal för att skatta smärta (Royal Collage of Physicans, 2007).

Att bedöma och mäta smärta hos personer med kognitiv nedsättning är svårt eftersom de har olika kognitiva, emotionella och medicinska tillstånd som påverkar deras reaktioner och uttryckssätt för smärta. Att mäta eller bedöma smärta innefattar både smärtskattning och sjuksköterskans subjektiva bedömning av smärtans natur och personens beteenden. Bristande rutiner för en giltig smärtbedömning gör att sjuksköterskor ofta undervärderar demenssjukas smärta (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007).

SYFTE

Syftet var att beskriva förutsättningar som påverkar sjuksköterskans bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom.

METOD

Design

En allmän litteraturstudie som baserades på en sammanställning av vetenskapliga artiklar genomfördes. Litteraturstudie är en lämplig modell att använda om en överblick vill skapas över ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde (Segesten, 2006).

Urval

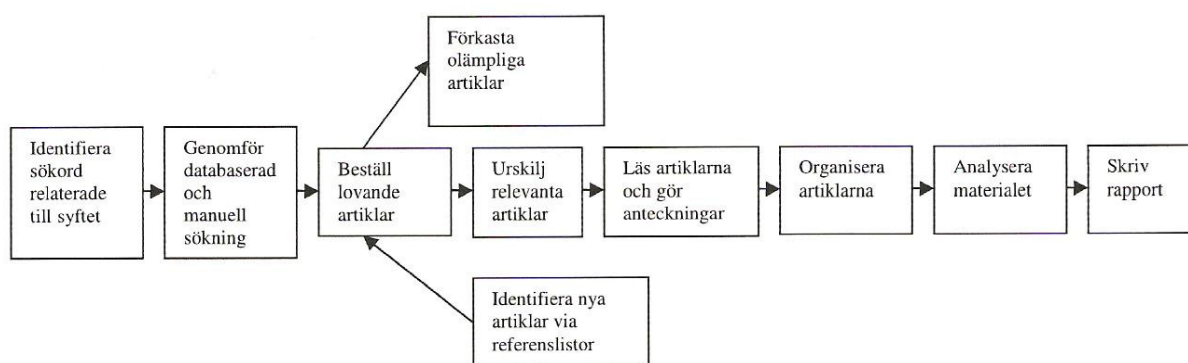
Inklusionskriterierna var att artiklarna ska vara relevanta för studiens syfte, vara uppbyggd enligt en vetenskaplig struktur, ha en tydlig frågeställning och ett tydligt resultat samt ha kvalitativ eller kvantitativ ansats. Artiklarna publicerades efter år 2000 och skrivna på svenska, norska eller engelska.

Datainsamling

Litteratursökning av vetenskapliga artiklar genomfördes i databaserna PubMed, PsycINFO och Cinahl eftersom dessa innehåller forskning inom omvårdnadsområdet. Sökorden dementia, pain, nursing, assessment, observation, cognitively impaired och attitude användes för att finna relevant datamaterial. Vid fritextsökning användes trunkering för att få olika variationer på söktermerna (Backman, 2008). För att få förslag på andra synonymer samt innebörden av ordvalen användes databasernas ämnesordlistor. Den booleska termen AND användes för att koppla samman flera sökord (bilaga 1). Parallellt skedde manuell sökning i referenslistor (Backman, 2008, Östlund, 2006)

Genomförande

Den inledande litteratursökningen var osystematisk för att få en översikt och avgränsning inom utvalt område. Sökord identifierades som relaterade till syftet och därefter utfördes en mer målanpassad och systematisk sökning i den egentliga litteratursökningen (Östlundh, 2006). Valda artiklar bearbetades enligt Polit och Becks (2004) flödesschema över faser i en litteraturstudie (Figur 1) och organiserades i en artikelöversikt (bilaga 2).



Figur 1. Flödesschema över faser i en litteraturstudie. Fritt efter Polit & Beck (2004, s. 105).

Författarna läste först de vetenskapliga artiklarnas titel och därefter de abstract som kunde tänkas svara mot studiens syfte. Olämpliga artiklar förkastades och nya identifierades via referenslistor. Utifrån utvalda abstract hämtades artiklar i fulltextformat eller beställdes (Axelsson, 2008). Artiklarna lästes igenom av författarna enskilt för att få ett helhetsintryck och innehållet diskuterades gemensamt för att kunna urskilja relevanta artiklar. Utvalda artiklar lästes upprepade gånger och anteckningar fördes för att kunna organisera och analysera data (Polit & Beck, 2004). Därefter genomfördes en kvalitetsvärdering. Författarna hämtade inspiration från Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2006) granskningsmall, vilken modifierades. Frågor i granskningsmallen, som inte kunde besvaras eller gav inadekvat svar, poängsattes inte och gav utvalda artiklar lägre gradering av kvaliteten. Detta resulterade i att artiklar bedömdes ha låg kvalitet utifrån poängsättningen. För att öka kvalitetsgranskningen tillförlitlighet gjordes en modifiering av granskningsmallen där frågor togs bort och förenklades (bilaga 3 och 4).

För att kunna rangordna studierna och tolka resultatet, klassificerades studierna för att finna olika vetenskaplig styrka. Författarna tilldelade ett poäng per delfråga för varje positivt svar för studien och noll poäng för ett inadekvat eller negativt svar. Bedömningens poängsumma räknades om till procent, av den totala, möjliga poängsumman och graderingen gjordes tregradig. Låg kvalitet

bedömdes artiklar ha som uppfyllde mindre än 60%, medelkvalitet 61-80% och de med 81-100% bedömdes ha hög kvalitet. Artiklar som inte nådde upp till 60% av möjliga granskningspoäng exkluderades ur studien (Willman et al., 2006). Författarna sammanställde utvalda artiklar i en artikelöversikt (bilaga 2).

Analys

Utvalda artiklar som markerats med * i referenslistan lästes igenom flera gånger för att få en känsla för innehållet. Materialet bearbetades ytterligare för att utifrån syfte och problemområde i litteraturstudien identifiera nyckelfynd och meningsbärande enheter som markerades. En sammanställning av de meningsbärande enheterna gjordes, utifrån likheter och skillnader. Ord, meningar och stycken av text med liknande innehåll och sammanhang identifierades som meningsbärande enheter. Efter att ha jämförts med varandra blev de som innehållsmässigt överstämde sammanförda till en kategori. Huvudkategorin framkom efter reflektion av innehållet i de meningsbärande enheterna och kategorierna. Materialet bearbetades ytterligare för att sammanfattas till resultatet. Med hänsyn till innehållet namngavs kategorierna och innehållet belystes med citat från texten, för att på ett tydligt sätt illustrera vad kategorierna beskriver. Mönstret i materialet som framträdde utifrån varje kategori, sattes samman till en sammanfattande text i form av en huvudkategori (Friberg, 2006a).

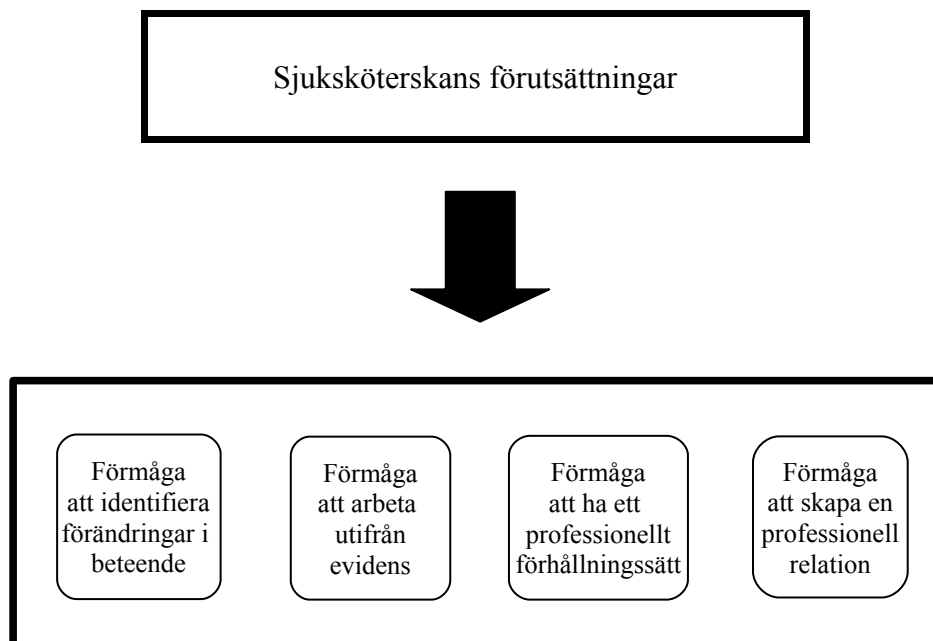
Etiska överväganden

Studien bygger på en sammanfattning av vetenskapliga artiklar och etiska övervägande genomfördes enligt Forsberg och Wengström (2008), vilka föreslår följande steg i det etiska arbetet: reflektion, värdering, analys, sammanställning samt spridning och tillämpning. Dessa steg ligger till grund för studiens insamling av datamaterial, urval och bearbetning samt resultat. Endast studier som fått tillstånd från etisk kommitté eller där etiska överväganden har använts till denna studie. Författarna har kunskap och erfarenhet samt förutfattade meningar inom litteraturstudiens område. Avsikten är att redogöra för artiklarnas resultat och som svarar mot syftet, även om detta inte överensstämmer med författarnas egna upplevelser relaterat till denna patientgrupp (a.a.).

RESULTAT

Resultatet baseras på 12 vetenskapliga studier, sex kvalitativa och fyra kvantitativa. Utöver dessa hade två artiklar både kvalitativ och kvantitativ ansats. Analysen av de vetenskapliga artiklarna resulterade i fyra kategorier och baseras på respektive (n=) artiklar: att identifiera förändringar i

beteende (n=8), att arbeta utifrån evidens (n=9), att ha ett professionellt förhållningssätt (n=6) och att skapa en professionell relation (n=5). Utifrån kategorierna identifierades en huvudkategori: *sjuksköterskans förutsättningar*. (Figur 2).



Figur 2. Översikt: Sjuksköterskans förutsättningar för att bedöma smärta påverkas av förmågan att identifiera förändringar i beteende, förmågan att arbeta utifrån evidens, förmågan att ha ett professionellt förhållningssätt och förmågan att skapa en professionell relation till personer med demenssjukdom.

Sjuksköterskans förutsättningar

Förmåga att identifiera förändringar i beteende

Sjuksköterskor förlitade sig på ökad oro eller att patienten tog på en specifik kroppsdel när de skulle bedöma smärta. Plötsligt haltande eller skrikande, missfärgning av huden, svullen kroppsdel och nerblodade kläder var andra förändringar som sjuksköterskor iakttog vid smärtbedömning. Att personen jämrade sig eller gnällde vid rörelse bedömdes som indikation på smärta (Cohen-Mansfield & Creedons, 2002). I vissa fall kunde smärta relateras till en viss situation, när patienten var aktiv, vilade eller vid den dagliga omvårdnaden. *"She says ow. Swears-hell! Fights with her arms when we try to uncross her legs"* (a.a., s. 310).

Personer med demenssjukdom som inte har kognitiv förmåga att uttrycka sig verbalt, uttrycker istället sin smärta genom förändrat beteende (Horgas, Elliott & Marsiske, 2009 & Kovachs, Griffie, Muchka, Noonan & Weissman, 2000). Förändringar i beteende har stor betydelse vid identifiering

av smärta hos personer med demenssjukdom (Blomkvist & Hallberg, 2001 & Cohen-Mansfield & Creedon, 2002).

“With dementia residents, facial expression, action, movement and observation are the only way of assessing pain.” (Chang et al., 2009, s. 44).

Icke verbal kommunikation som jämmer, skrik, svordomar, grimaser och förvirrat tal förekom hos personer med kognitiv nedsättning när sjuksköterskorna skulle bedöma smärta (Blomkvist & Hallberg, 2001 & Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). I andra studier identifierades även irritation, rastlöshet och stönande (Closs, Cash, Barr & Briggs, 2005; Herr et al., 2004; Clark, Jones & Pennington., 2004). Några studier visade att ansiktsuttryck är den främst förekommande indikatorn när sjuksköterskan ska bedöma förekomsten av smärta (Clark et al., 2004; Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Förändringar i sömnvanor och matvanor samt viktnedgång beskrevs i flera studier som fysiologiska tecken för smärta hos personer med demenssjukdom (Closs et al., 2005; Ciper, Clifford & Roper, 2006; Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004).

I Herr et al. (2004) studie framkom att det som sjuksköterskorna såg som svårast och som den största utmaningen för att kunna identifiera smärta, var svårigheten att kommunicera med patienter med demenssjukdom. Kommunikationsproblem visade på svårigheter att bedöma smärta eftersom det istället krävdes noggrann, tidskrävande, observation av beteendeförändringar (Chang et al., 2009).

Förmåga att arbeta utifrån evidens

Identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom lärdes inte ut under sjuksköterskeutbildningen och sjuksköterskorna beskrev smärtbedömningen som *“a guessing game”* (Kovach et al., 2000, s 216; Zwakhalen, Hamers, Peijinburger & Berger, 2007). Men genom att konsekvent beskriva symtom och den process som låg bakom identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom, visade sjuksköterskorna att det inte handlade om en gissningslek utan om en systematisk bedömning av smärta (Kovach et al. 2000).

Majoriteten av deltagarna upplevde smärta *“every day or almost every day”* i en studie av Horgas et al. (2009, s. 5), vilket är i likhet med vad Blomqvist & Hallberg (2001) presenterar i sin studie. Istället för att se till helheten i de demenssjukas situation, var en tredjedel av sjuksköterskorna

motvilliga till att använda rekommenderad mängd smärtstillande (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Sjuksköterskors åsikter kring att skapa beroende av mediciner mot smärta, att ge smärtstillande till äldre personer och att administrera smärtstillande till personer där det inte fanns någon klar händelse eller medicinsk förklaring till att ge smärtstillande, komplicerade resultatet av smärtbedömningen (a.a.). Sjuksköterskans perspektiv på beroende av smärtstillande mediciner och dess relation till smärtbedömning och behandling grundade sig på okunskap istället för vetenskap och beprövad erfarenhet kring beroende och smärta (Clark et al., 2004). I en annan studie ansågs anledningen vara bristande kunskaper om demenssjukdom (Chang et al., 2009).

Sjuksköterskorna påverkades av sin utbildning. Grundutbildade sjuksköterskor ansåg att beteendeförändringar hos personer med demenssjukdom hade en psykologisk förklaring och orsakades inte av fysiologiska anledningar (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Patientens beteende tenderade förklaras i förhållande till diagnosen/diagnoserna som framkom i patientens journal, att patientens beteende berodde på psykisk ohälsa, istället för fysisk smärta. Detta resulterade i behandling genom förändringar av psykofarmaka istället för att försöka finna fysiologiska orsaker till smärta (Horgas et al., 2009). Osäkerheten i att bedöma smärta beskrevs komma från otryggheten i att sjuksköterskorna inte hade tillräcklig kunskap/erfarenhet om hur smärta kan uttryckas samt tvetydigheten i bilden av smärta som patienten framställer (Clark et al., 2004).

Sjuksköterskor som specialiserat sig på smärta, hade mer realistiska föreställningar och kunskap om smärta, som stod i relation till vad som stod i litteratur och som ansågs aktuellt, i jämförelse med sjuksköterskor som inte hade någon specifik utbildning i smärta. De specialiserade sjuksköterskorna ansåg inte *"that it is better to administer pain medication only when necessary, rather than according to a fixed schedule"*, vilket grundutbildade sjuksköterskor till största delen annars ansåg (Zwakhaleh et al., 2007). Samtidigt berördes sjuksköterskors uppfattningar kring den idag äldre generationens sätt att hantera smärta i Blomqvist & Hallberg (2001) och Clark et al. (2004) studier, *"They don't complain about it", "It's the generation of people in nursing home. Pain is an expected part of life, and they've adjusted to it and are reticent to talk about it."* (Clark et al., s. 745). Sjuksköterskorna rapporterade i Martin, Williams, Hadjistavrououlos, Hadjistavropoulos, McLean. (2005) studie att frågor med jakande eller nekande svar till personer med demenssjukdom, var en viktigt grund för smärtbedömning. Sjuksköterskorna relaterade till kunskapen om att personer med mild eller måttlig demenssjukdom lämnar trovärdig information vid självskattning av smärta (a.a.). *"When asked, M are you in pain, she answers help me, help me"* (Blomqvist & Hallberg, 2001, s.

313).

Både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor gav uttryck för att det fanns problem med att det behövdes bevis för att den demenssjukas beteendeförändring var orsakad av smärta och inte av andra orsaker. Samma beteende behövde upprepas flera gånger när samma vårdgivare var närvarande för att verifiera smärtan (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Sjuksköterskor uttryckte även att det vara ett problem att de förändrade psykosociala beteendena kunde ha andra orsaker än smärta (Closs et al. 2004 & Kovachs et al. 2000). Det framkom svårigheter att avgöra om de demenssjukas smärta överlappades av att de var ledsna, ensamma eller deprimerade.

Sjuksköterskorna upplevde att, även om smärta kunde identifieras, var det svårt att avgöra lokalisation, intensitet och varaktighet. (Clark et al., 2004). *"Unpleasant emotions, they explained, can cause as much suffering as physical pain. What, then, is pain?"* (a.a. s. 740).

Om personen med kognitiv nedsättning dessutom led av rörelseinskränkning eller beteendemässiga problem försvårades bedömningen ytterligare enligt flera studier (Blomqvist & Hallberg, 2001 & Cohen-Mansfield & Creedon, 2002).

Utbildning om smärtbedömning, vanliga tecken och symtom efterfrågades av sjuksköterskor i Kovachs et al. (2000) studie. Sjuksköterskorna uttryckte behov av tillförlitliga och tillgängliga smärtskattningsinstrument för personer med kognitiv nedsättning. Sjuksköterskorna uttryckte även vikten av dokumentation och kommunikation för att förbättra teamarbetet kring demenssjuka personer. Tillsammans med kontinuerlig utbildning och handledning ansåg sjuksköterskorna att dessa komponenter underlättade för dem, att utifrån evidensbaserad vård, bedöma smärta hos personer med demenssjukdom (Martin et al., 2005).

Förmåga att ha ett professionellt förhållningssätt

Sjuksköterskornas förhållningssätt till personer med demenssjukdom påverkade smärtbedömningen. Personer med beteendemässiga problem behandlades med mindre känslighet av sjuksköterskorna. Orsaken var att det ansågs svårare och tog längre tid att avgöra om dessa personer hade smärta i relation till de beteendemässiga problemen och att sjuksköterskorna kände mindre empati för dessa patienterna (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Även i en annan studie framkom att tiden sjuksköterskorna hade för att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom var begränsad. Tidsbristen resulterade i en oidentifierad och obehandlad smärta, som orsakade onödigt lidande hos personer med demenssjukdom, enligt sjuksköterskorna (Martin et al., 2005).

Vid misstanke om smärta valde sjuksköterskor att inte fråga patienten. Informationen som framkom ansågs inte tillräckligt tillförlitlig och smärtbedömningar utfördes därför inte regelbundet eller sällan. Sjuksköterskorna förlitade sig istället på uppfattningen som de fick av patienten för att kunna bedöma smärta (Clark et al., 2004). *“Pain is a part of the aging process”, “older people are more likely to be affected by pain than younger people”, “pain medication, if administered in larger quantities, easily leads to addiction among the elderly”* (Zwakhaleh et al., 2007, s. 181).

Samtidigt visar andra studier att genom ett professionellt förhållningssätt, där sjuksköterskorna hade helhetssyn, använde sina sinnen, vara uppmärksamma och att aktivt observera patienter med demenssjukdom, kunde smärta identifieras (Blomqvist & Hallberg, 2001; Kovach et al., 2000).

Förmåga att skapa en professionell relation

Personkännedom beskrevs i Clark et al. (2004) studie som *“knowing the resident was 90 % of all of it [pain assessment] (s. 740).*

Att skapa en nära bekantskap till personer med demenssjukdom ansågs ta mellan en och tre månader och var avgörande för att kunna bedöma om en patient hade smärta (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002). Sjuksköterskor som bedömer smärta behöver känna till dess vanliga beteenden för att kunna särskilja beteendeförändringar. Genom personkännedom kunde beteendeförändringar identifieras och anledningen redas ut, om det var smärta eller andra faktorer som orsakade förändringen (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002; Clark et al., 2004; Kovach et al., 2000). Om personkännedom saknades, minskade sannolikheten att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna kunde inte, utan att känna personen, avgöra om det handlade om en beteendemässig förändring eller om det var en del av personligheten (Closs et al., 2004).

Sjuksköterskorna hämtade värdefull information från medarbetare som arbetade nära patienten, så att en smärtbedömning kunde genomföras utifrån inhämtad fakta. Sjuksköterskorna beskrev medarbetarna som deras ”ögon och öron” (Clark et al., s. 745). En anledning till arbetssättet var att sjuksköterskorna inte ansåg sig ha tid att lära känna patienten och att bedöma smärta efter personkännedom (a.a.). Samtidigt kände sjuksköterskorna mer empati för personer som de hade en relation till och sannolikheten ökade att identifiera smärta hos dessa personer (Cohen-Mansfield & Creedon, 2002).

”She normally just walks up and down... all day. Now, sometimes she’s sort of agitated and so normally I’d think... She could have pain...” (Chang et al., 2009. s. 44).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att skapa en översikt över förutsättningar som behövs för att sjuksköterskan ska kunna bedöma smärta hos personer med demenssjukdom.

Författarna använde databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo vid datainsamlingen. Vid sökning i andra databaser återkom tidigare redan funna artiklar. Sökningen begränsades därför till dessa tre databaser och kan ha inneburit att artiklar missats på grund av att fler databaser inte använts. Manuell sökning i referenslistor resulterade i tre artiklar. Författarna använde artiklar efter år 2000 för att få aktuell forskning, men kan ha medfört att relevant material som tidigare publicerats förbisetts. Om flera sökord, trunkeringar och de booelska termerna OR/NOT använts kunde fler studier som svarade på syftet framkommit, vilket hade förändrat materialets omfattning. Författarna anser att vald metod för datainsamling resulterade i relevanta artiklar, i förhållande till syftet, eftersom samma artiklar återkom vid de olika sökningarna.

I studien är både kvalitativa och kvantitativa artiklar representerade. Användandet av både kvantitativa och kvalitativa artiklar ökar utbudet och tillförlitligheten i resultatet (Polit & Beck, 2011). Författarna granskade studiernas innehåll oberoende av varandra för att minska risken för feltolkningar. Innehållet diskuterades sedan tillsammans för att tolkningen skulle vara tillförlitlig. Sammanställningen och analysen av resultatet från ingående artiklar har genomförts enligt Fribergs (2006b) modell vid analysarbete för att öka tillförlitligheten av resultatet.

Författarnas förförståelse kan ha påverkat tolkningarna av studierna. Granskningen av materialet har skett så objektivt som möjligt, vilket stärks av att författarna analyserat och tolkat artiklarnas innehåll separat och sedan reflekterat tillsammans. Samtliga artiklars resultat har inkluderats i studien även om de inte överensstämde med författarnas uppfattning eller förförståelse.

Artiklarna i studien hade sitt ursprung i USA, Kanada, Australien, Storbritannien, Schweiz, Nederländerna, Sverige, Norge och Finland och var skrivna på engelska. Stor vikt har lagts vid att göra en korrekt översättning av artiklarna från engelska till svenska, men det finns en risk att texten tolkats på felaktigt sätt. Författarna har läst artiklarna var för sig, diskuterat och jämfört tolkningarna av innehållet vilket minskat risken för felaktig översättning.

Begränsningen till engelska språket kan ha inneburit att relevanta studier på andra språk förbisetts. Resultatet bör vara tillämpligt i västvärldens liknande kulturer, i relation till likheterna som framkommit och gällande förutsättningar som påverkar bedömningen av smärta hos personer med demenssjukdom.

Litteraturstudien baseras på totalt 1291 informanter och respondenter med kognitiv nedsättning. Detta gav en medelålder på 83,3 år och visade på en överrepresentation av kvinnor (76%). Samtliga studier hade satt lägsta ålder för inklusion till minst 60 år, där forskare undersökt patientgrupper med kognitiv nedsättning. I studier som undersökte personals och anhörigas uppfattningar och attityder deltog totalt 767 respondenter och informanter. Totalt 31 fokusgrupper från sammanlagt fyra studier har identifierats i litteraturstudien.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att identifiera förutsättningar som kan ha betydelse för hur sjuksköterskans bedömer smärta hos personer med demenssjukdom. Huvudfynd som framkom och diskuteras belyser problematiken kring bristande kunskap, hjälpmedel för att bedöma smärta samt betydelsen av personkännedom.

Det framkom i denna studies resultat att bristande kunskap försvårar bedömningen av smärta hos personer med demenssjukdom. I likhet med vårt resultat bekräftar flera studier från västvärlden sjuksköterskors bristande kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom (Davies, Male, Reimer & Turners, 2004; Falls & Stevens, 2004; Lundell & Svensson, 2003). En studie från Norge (Torvik et al., 2010) visar att cirka 70 procent av patienterna med demenssjukdom samtidigt har en klinisk bild av hallucinationer, oro, aggression, apati eller liknande motoriska beteenden. Den komplexa bilden gör att det är problematiskt för sjuksköterskan att avgöra om ett specifikt beteende är relaterat till smärta eller inte (a.a.). Identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom är en utmaning för sjuksköterskan visade flertalet studier (Davies et al., 2004; Torvik et al., 2010; Zwakhalen, Hamers, Abu-

Saad & Berger, 2006). En svensk studie visar att bristande kunskap och osäkerhet tillsammans med svårigheten i att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom orsakar stress och ångest hos sjuksköterskor (Lundell & Svensson, 2003). Denna litteraturstudie visade att sjuksköterskor behöver mer praktisk och teoretisk kunskap för att kunna identifiera och lindra smärta. En amerikansk studie (Reynolds, Hanson, DeVellis, Henderson & Steinhauser, 2008) stärker detta resultat och menar att sjuksköterskor, genom erfarenhet och träning, skulle minska förekomsten av smärta hos personer med demenssjukdom. Även Scherder & van Manen (2004) visade hur viktigt det är med utbildning för sjuksköterskor som arbetar med demenssjuka personer. Utbildning om demens och smärta behövs för att kunna genomföra trovärdiga smärtbedömningar enligt den holländska studien (a.a.). Omvårdnadsteoretikern Benner menar att klinisk kompetens är en växelverkan mellan teoretiskt kunskapsstilläggande och praktisk erfarenhet. Sjuksköterskan som är novis saknar förmåga att bedöma den enskilde situationen och kan inte anpassa sitt utförande av omvårdnadsåtgärder till den enskilde individen. Expertens omvårdnadsutövning kännetecknas av en omedelbar helhetsbild av de flesta situationer och den omfattande erfarenheten gör att sjuksköterskan kan känna igen särdragen i en situation och handla snabbt och intuitivt (Benner, 1993). Tidig upptäckt av smärtsamma medicinska tillstånd kan leda till tidigare utredning och behandling vilket kan minska onödigt lidandet hos personer med demenssjukdom enligt Cheung & Choi (2008). Fenomenet lidande är en kamp mellan det goda och onda i en människas liv och lidandet kränker människans värdighet enligt Eriksson (1994). Varje gång en människa lider, upplever personen sig kränkt. Fysisk smärta är en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Genom att ge personen den vård som behövs kan lidande lindras (a.a.). Sjuksköterskan har till uppgift att förebygga, behandla och lindra utifrån den enskilda mottagarens behov. Genom att söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information och genom att implementera ny kunskap verkar sjuksköterskan för en omvårdnad som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005). Författarna framhåller att den praktiska kunskapen och erfarenheten hos sjuksköterskan, av personer med demenssjukdom som lider av smärta, är betydelsefull för att kunna säkerställa evidensbaserad vård.

I denna studie framkom behov av adekvata och tillförlitliga bedömningsinstrument för att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom. En amerikansk studie av Smith (2005) visar på behov av ett bedömningsinstrument för smärta, som kan användas av vårdpersonal som inte har kännedom om personen sedan tidigare. Instrumentet skulle vara ett användbart hjälpmedel på akutmottagningar eller andra vårdinrättningar där personalen inte har kunskap

om personens livshistoria, vanor och beteenden (a.a.). I en australiensisk studie (Davies et al., 2004) framkom, att demenssjukas beteenden är så komplexa att de inte kan fångas med ett instrument. Bedömningsinstrument anses vara en viktig del för att identifiera smärta, men det krävs även att sjuksköterskan har helhetssyn och hämtar information från andra håll, genom personens livshistoria, fysisk examination och från närstående (Buffum, Hutt, Chang, Craine & Snow, 2007; Zwakhalen et al, 2006). Majoriteten av respondenterna i Falls & Stevens (2004) studie ansåg att de intuitivt visste att den demenssjuka personen hade smärta. Intuition kräver i professionella sammanhang, en omfattande bakgrundsförståelse baserad på en solid grund av kunskap och erfarenhet, vilket kännetecknar expertsjuksköterskan enligt Benner (1993). Om sjuksköterskans intryck om en persons smärta ansågs ha validitet och reliabilitet som mätinstrument, skulle mer komplexa beteendeskalor för att mäta smärta vara överflödiga enligt Smith (2005). Vi anser att fördelen med bedömningsinstrument är dokumentationen. Bedömningen blir mer likartad och troligen mindre subjektiv om personalen använder samma instrument. Ett systematiskt arbetssätt underlättar även uppföljning av insatt behandling.

Personkännedom är en central aspekt vid identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom. I dennas studie framkom att sjuksköterskan, genom personkännedom, kunde identifiera smärta och att sannolikheten att identifiera smärta minskade om personkännedom saknades. Samtidigt framkom att sjuksköterskan påverkades av tidspress i arbetet vilket utgjorde en begränsning i smärtbedömningen. Blondal & Halldorsdottir (2008) stärker detta resultat i sin isländska studie. I deras resultat framkom att den organisatoriska strukturen i vården påverkade sjuksköterskornas förutsättningar att ombesörja en god smärtbehandling. Även en amerikansk studie av Smith (2005) visade att i en idealisk situation, känner sjuksköterskan väl till personens vanor, beteende och livshistoria. Samtidigt betonades att det sannolikt förblir ett ideal som inte kommer att realiseras på grund av allt högre personalomsättning inom vård och omsorg samt kortare vårdtider inom akutsjukvården (a.a.). Betydelsen av att ha kännedom om personen som sjuksköterskan vårdar, är en central aspekt i Orlandos omvårdnadsteori. Orlando beskriver omvårdnad som en process där de centrala faktorerna är interaktionen och samspelet mellan patient och sjuksköterska vid en given tidpunkt. Vid interaktionen, sjuksköterska-patient, påverkas de av varandras ord och handlingar och interaktionsprocessen inleds med att sjuksköterskan uppmärksammar patientens beteende. Det beteende som en patient uppvisar, oberoende av vilken form det antar, kan innebära ett rop på hjälp (Orlando, 1961). Orlandos teori skulle kunna fungera som ett redskap, för att underlätta identifieringen av smärta hos personer med demenssjukdom, vid

patientfokuserad vård. Vi anser att sjuksköterskorna har det yttersta ansvaret för det patientnära omvårdnadsarbetet och måste se det unika i varje patients vårdssituation. Samtidigt måste sjuksköterskorna ges möjligheter att arbeta utifrån patientfokuserad vård.

Patientfokuserad vård bygger på samarbete i teamet kring demenssjuka personer och vår uppfattning är att kontinuitet i personalen ger ökad trygghet för personer med demenssjukdom och omvårdnad av hög kvalitet.

I Sverige har kommuner och landsting, enligt lag, ansvar för vården av demenssjuka personer i ordinärt och särskilt boende. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har alla människor rätt till samma vård på lika villkor och skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av kontinuitet (a.a.). Denna studie visade att det kan vara avgörande, för personer med demenssjukdom som lider av smärta, om det finns tillräcklig kunskap och kontinuitet i vården som tillhandahålls. Förutsättningarna för att förbättra sjuksköterskors teoretiska och praktiska kunskaper är oprioriterade i dagens sjukvård och offentliga medel är ofta begränsade vilket hindrar sjuksköterskans utveckling enligt vår uppfattning. Vi anser även att utvärdering och behandling av smärta hos personer med kognitiv nedsättning är beroende av stabil, kompetent och motiverad personal som arbetar utifrån evidens. Att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom kräver avancerad kunskap, fortlöpande utbildning och är en konst och vetenskap i sin linda.

Slutsats och praktiska implikationer

Det går att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom, men situationen är komplex. Utgångspunkten, både hos den demenssjuke personen och hos sjuksköterskan eller vårdpersonalen, varierar i stor omfattning vilket påverkar och komplicerar bedömningen. Det första steget är att kunna identifiera smärta hos personer med demenssjukdom, vilket kräver kunskap, utbildning och personkännedom samt tid. Kunskapsfrågan och den personliga kännedomens betydelse bör aktualiseras och prioriteras för att kunna möta det ökade behovet av demenssjukvård framöver i enlighet med gällande lagstiftning.

Vår studie kan bli användbar i kliniska verksamheter där personer med demenssjukdom vårdas. Den kan ge vårdpersonal och anhöriga en ökad förståelse för att smärta hos personer med demenssjukdom kan ta andra, icke typiska uttryck, än de som anses normala. Denna studie kan även

fungera som ett underlag för att underlätta bedömning av smärta inom denna patientgrupp.

Författarna ser ett behov av ytterligare forskning för att få fram sjuksköterskans upplevelser kring användandet av tillgängliga bedömningsinstrument. Aktuell forskning tar främst upp validitet och reliabilitet vilket inte belyser bedömningsinstrumentens användbarhet i praktiken. Den höga personalomsättningen och tidsbristen i vården ställer krav på bedömningsinstrumenten. De bör på rimlig tid fånga demenssjukas olika smärtuttryck i situationer där vårdpersonal och personen med demens är okända för varandra och ge underlag för fortsatt behandling.

REFERENSER

- Akbarzadeh, M. & Jakobsson, U. (2007). Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter – en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. *Vård i Norden*, (27), 26-31.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red)(2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert-mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- *Blomqvist, K. & Hallberg, I-R. (2001). Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursin Studies*, (38), 305-318.
- Blondal, K & Halldorsdottir, S. (2008). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse 's perspectiva. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2897-2906.
- Buffum, M., Hutt, E., Chang, V T., Craine, V & Snow, L. (2007). Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 315-330.
- *Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M. & Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 41-47.
- Cheung, G & Choi, P. (2008). The use of the Pain Assessment Checklist for seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) by caregivers in dementia care facilities. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 1121(1286), 21-29.
- *Cipher, DJ, Clifford, A & Kristi, DR. (2006). Behavioural Manifestations of Pain in the Demented Elderly. *Jamda*, 7, 355-365.
- *Clark, L., Jones, K. & Pennington, K. (2004). Pain assessment practices with nursing home residents. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 733-750.
- *Closs, S J, Cash, K, Barr, B. & Briggs, M. (2005). Cues for the identification of pain in nursing home residents. *International Journal of Nursing studies*, 42, 3-12.
- *Cohen-Mansfield J & Creedon M. (2002). Nursing staff members' perceptions of pain indicators in persons with severe dementia. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 64-73.
- Davies, E., Male, M., Reimer, V & Turner, M. (2004). Pain assessment ang cognitive impairment: 2. *Nursing Standard*, 19(13), 33-40.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Berlings.

- Falls, D & Stevens, J. (2004). Carers' perception of pain in people with dementia: A grounded theory approach. *The Australian Journal of Holistic Nursing*, 11(2), 4-11.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006b). Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- *Fuchs-Lacelle, S & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5, 37-49.
- Fuchs- Lacelle, S, Hadjistavropoulos, T & Lix, L. (2008). Pain Assessment as Intervention. A Study of Older Adults With Severe Dementia. *Clin J Pain*, 24, 697-707.
- Hægerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- *Herr, K., Titler, M., Schilling, M., Marsh, J., Xie, X., Ardery, G., Clark, W. & Everett, L. (2004). Evidence-based assessment of acute pain in older adults. *Clin J Pain*, 20(5), 331-340.
- *Horgas, A L., Elliott, A F & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between Self-report and Behavioral Observation. *J Am Geriatr Soc.*, 57, 126-132.
- Husebø, B., Strand, LI., Moe-Nilssen, R., Husebø, SB & Ljunggren, AE. (2009a). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Caring Sci*, 23(1), 180-189.
- Isaksson, I. (2000). *Demenshandboken*. Växjö, Jansson-cilag AB.
- *Kovach, CR., Griffie, J., Muchka, S., Noonan PE & Weissman, D. Nurses' Perception of Pain Assessment and Treatment in the Cognitively Impaired Elderly: It's Not a Guessing Game. *Clinical Nurse Specialist*, 14(5), 215-220.
- Lundell, S. & Svensson, K. (2003). Hur demenssjukas smärta kan tolkas. *Vård i Norden*, (2), 43-45.
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- *Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, HD & MacLean. (2005). A Qualitative Investigation of Seniors' and Caregivers' Views on Pain Assessment and Management. *CJNR*, 37(2), 142-164.
- Nortvedt, F. (2000). Smertelindring – Ny kunnskap gir nye muligheter. *Vård i Norden*, 32-35.
- Orlando, I.J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. Ny uppl. (1990). New York:

National League for Nursing.

Polit, D.F. & Beck, C. (2004). *Nursing research. Principles and Methods*. (7 ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Polit, D.F. & Beck, C. (2011). *Nursing research. Generating and Assessing*. (9 ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Ragneskog, H. (2011). *Omvårdnad och omsorg vid demens*. Göteborg: Printema Förlag.

Rahm Hallberg, I. (2002). Att vara vårdare. I: Edberg, A-K (red.), *Att möta personer med demens* (s. 45-60). Lund: Studentlitteratur.

Reynolds, KS., Hanson, LC., DeVellis, RF, Henderson, M & Steinhäuser, KE. (2008). disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Pain and symptom Management*, 35(4), 388-396.

Royal Collage of Physicians (2007). The assessment of pain in older people – National Guidelines. *Pain* (8), 1-13.

Rundgren, Å. (2006). Den fjärde kongressen för European Union Geriatric Medicine (EUGMS).

Scherder, E & van Manen, F. (2004). Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants' and patients' evaluations. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 151-158.

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 85-87). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2012-05-02, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Skoog, I. (2004). Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study-the NAPE lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 4-18.

Smith, M. (2005). Pain Assessment in Nonverbal Older Adults with Advanced Dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, (41), 99-113.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-03-29, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2007). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Hämtad 2011-11-10, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf

- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2011-11-10, från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/5_Aldres.pdf
- Spjuth, B., Lundell, S. & Berg, I. (2006). *Smärta och obehag hos demenssjuka*. FoUi Väst.
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevol, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J C., Fayers, P & Rustøen, T. (2010). Validation of Dloplus-2 among nonverbal nursing home patients – an evaluation of Doloplus-2 in clinical setting. *BMC Geriatrics*, 10(9), 1-9.
- Werner, M. (2010). Introduktion och historik. I: Werner, M. & Leden I. (red.), *Smärta och smärtbehandling* (13-26). Stockholm: Liber.
- Willman, A, Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wimo, A. & Prince, M. (2010). *World Alzheimer Report 2010. The Global economic impact of dementia*. Hämtad 2011-11-10, från <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- World Health Organization, WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Hämtad 2011-11-15, från <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Zwakhaleh, SM, Hamers, JP, Abu-Saad, HH & Berger, MP. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15.
- *Zwakhaleh, SM., Hamers, JP., Peijinenburg, RHA. & Berger, MP. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Res Manage*, 12(3), 177-184.
- Östlund, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Blomqvist, K. & Hallberg, I-R. Sverige 2001	Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults	Att belysa sjuksköterskors och boendes syn på sättet att känna igen förekomsten av smärta hos äldre på särskilt boende.	66 slumpmässigt utvalda äldre (>65), med och utan kognitiv nedsättning, och deras kontakt-sköterska deltog i studien. Intervjuer med öppna frågor med fokus på hur smärta känns igen och uttrycks.	Kvalitativ Data från intervjuer med boende och sjuksköterskor samlades in separat. Kategorier skapades från insamlat material och vidare till meningsbärande enheter.	19 av 24 boende upplevde smärta ofta medan sjuksköterskan bedömde att 17 hade smärta ofta. Icke verbal kommunikation såsom jämmer, agitation eller förvirring ansåg vara vanliga indikationer för smärta.	Hög
Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M. & Hancock, K. Australien 2009	Challenges for professional care of dementia	Att exponera problematik för vårdpersonal som arbetar nära personer med svår demenssjukdom.	Datansamling från fokusgrupper (n=5) bestående av nyckelpersoner i vården samt 20 individuella djupintervjuer av personal.	Kvalitativ Semi-strukturerade frågor i både fokusgrupper och djupintervjuer.	Resultatet belyste framför allt förmågan att upptäcka förändringar i kroppsspråk samt kunskap om demenssjukdom.	Hög
Cipher, D.J., Clifford, P.A., Roper, K.D USA 2006	Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly	Att undersöka samband mellan smärta och beteendestörningar.	277 respondenter över 60 år med demenssjukdom. Skattning genom observation.	Kvantitativ Förändringar skattades i förekommande, intensitet, frekvens och varaktighet och jämfördes med skattad förekomst av smärta	Som vanligast förekommande beteendeförändring sågs depressiva- och tillbaka-dragande beteende. Ett samband sågs gällande smärta och antalet beteendeförändringar hos personer med svår demens.	Hög
Clark, L., Katherine, J. & Pennington, K. USA	Pain assessment practices with nursing	Att beskriva hur vårdpersonal på boende bedömer smärta samt beskriva	21 fokusgrupper skapades på totalt 12 boenden, totalt närvarade mellan 3-20	Kvalitativ Två frågor ställdes: (a) Hur bedömer vårdpersonalen smärta hos de	Osäkerhet vid bedömning av smärta: Att beteende och uttryck kunde stå för annat som ensamhet eller depression. Relationens betydelse: "knowing the	Medel

2004	home residents	vilka beteenden personalen tar hänsyn till vid smärtskattning	personer i varje grupp.	boende, och (b) vilka egenskaper och beteende hos de boende tar personalen hänsyn till då smärta ska bedömas? Insamlat material kodades, 4 teman identifierades.	resident" was "90% of it all[pain assessment]" Beteende och visuella tecken: Förändringar i ansiktsuttryck, rörelsemönster eller att den boende blev mer agiterad. Boendes beteende och attityder: Smärtskattning och behandling kunde försvåras genom att den boende inte ville störa personalen.	
Closs, S J, Cash, K, Barr, B. & Briggs, M. 2005 Storbritannien	Cues for the identification of pain in nursing home residents	Att identifiera tecken hos boende med demenssjukdom som kan härledas till smärta.	65 formella vårdare (personal på boende) och 36 informella vårdare (anhörig, partner, vän) av 113 boende intervjuades.	Kvalitativ Frågor som – Kan du beskriva någon handling eller beteende som antyder att [namn] har ont? ställdes.	Likheter i tecken som ansågs ha med smärta att göra identifierades, förändringar i kroppsrörelser, ansiktsuttryck och verbala förändringar ansågs vanliga av formella vårdare så väl som av informella vårdare.	Hög
Cohen-Mansfield J, Creedon M. 2002 USA	Nursing staff members' perceptions of pain indicators in persons with severe dementia.	1. Att identifiera beteende hos icke-verbala vårdtagare som av sjuksköterskor tolkar som smärta. 2. Att fastställa vilka faktorer som skiljer smärtbeteende från liknade beteende orsakat av andra anledningar. 3. Att bedöma sjuksköterskors uppfattning om förekomsten och vikten av specifika smärtindikatorer. 4. Att bedöma eventuella hinder för smärtskattning för denna patientgrupp	Intervju-/enkätstudier riktat till personal, 1, 2. 29 st (8 Ssk och 21 Usk el. motsvarande) ur personalen intervjuades individuellt, semistrukturerad intervju med öppna svarsalternativ. 3. 15 st (3 Ssk och 12 Usk el. motsvarande) ur personalen som ej medverkat i de 2 tidigare undersökningarna ombads skatta förekomsten och vikten av 45 specifika smärtindikatorer. 4. Mellan 4 och 11 personer i 4 fokusgrupper. 3 av 4	Kvalitativ och kvantitativ 1, 2. Insamlat material från intervjuer kodades enskilt av 2 forskningsassistenter och kategoriserades. 3 En skala mellan 1-7 användes vid skattning för förekomsten av smärtindikatorer där 1 stod för "förekommer inte hos någon vårdtagare jag arbetat med" och 7 "förekommer hos alla vårdtagare jag arbetat med" . Vikten av smärtbeteendet skattades enligt följande på en skala mellan 1-6: 1 "Inte alls viktigt" till 6 "Extremt viktigt". 4. Ledande frågor som grund för diskussion. Svaren summerades av 2 utsedda ledare i varje fokusgrupp.	1. Den mest förekommande beteendeförändringen vid smärta identifierades som ansiktsgrimaser (75%), strax under hälften uppgav ökad agitation som indikation för smärta följt av beröring av kroppsdel (45%) 2. På frågan om hur man urskiljde smärta från trötthet svarade 93% att de förlitade sig på kännedomen av patientens vanor och behov. 90 % svarade likvärdigt på frågan hur de urskiljde mellan smärta och hunger. 3. De viktigaste parametrarna för smärtbedömning skattades i fallande ordning som: Svullnad över knogar, leder, knän; beröring av- eller hållande över aktuell plats för smärta: Rodnad/blånad/allmän massfärgning ; Plötslig hålta, släpande av fot eller försämrad gång. 4. Det kan kräva ett upprepat beteende hos den boende för att personalen ska sätta det i samband med smärta.	Medel

			grupper med vårdpersonal och 1 bestående av medlemmar av aktivitetens socialt arbete.		Det är viktigt med personkännedom för att kunna upptäcka ett beteende som skulle kunna representera smärta.	
Fuchs-Lacelle, S. & Hadjistavropoulos, T. Kanada 2004	Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC)	Att utveckla ett kliniskt användbart observationsinstrument för skatta smärta hos personer med svår demenssjukdom. Datainsamling genom intervjuer (fas 1) samt formulär (fas 2 och 3) där personal erinrat sig om smärttillstånd hos vårdtagarna.	Boende >65 år, med demenssjukdom och genom denna grav nedsättning i möjligheten att kommunicera. Studie uppbyggd så att ingen boendes identitet röjts. Godkännande av studie från vårdgivarna.	Kvalitativ och kvantitativ Studien uppdelad i 3 faser. Fas 1 (för att framta ett bedömningsinstrument): 28 vårdpersonal (motsvarande Ssk, <u>Usk</u>) i intervju erinrat sig om en uppenbart smärtsam situation hos en vårdtagare, och uppge vilka beteendeförändringar som uppstod hos vårdtagaren. Fas 2 (granskning av intern konsistens samt bedöma vikten av varje element, skattat av vårdgivare): 40 Sjuksköterskor (inkl några med vidareutbildning inom psykiatri) deltog.	De angivna beteendeförändringarna granskades separat av 2 forskare, sammanställdes sedan och resulterade i totalt 71 beteendeförändringar. Vissa beteende var lika och sammansattes – Detta resulterade i slutändan till 65 beteendeförändringar på PACSLAC.	Medel
Herr, K., Titler, M., Schilling, M., Marsh, J., Xie, X., Ardery, G., Clark, W. & Everett, L. USA 2004	Evidence-based assessment of acute pain in older adults.	Att redovisa uppgifter om sjuksköterskors rutiner gällande bedömning av akut smärta hos äldre, deras uppfattning om införande av metoder för smärtskattning samt uppfattning om hinder för optimal smärtskattning	Totalt 709 äldre (>65) från 12 sjukhus deltog, samtliga inlagda pga. Höftfraktur. 172 sjuksköterskor deltog i studien.	Kvalitativ Genom patientjournal och formulär till sjuksköterskor undersöktes hur många av patienterna som smärtskattades var 4:e och var 8:e timme, om sköterskan lokaliserade smärtan, om smärtbehandlingen utvärderades, om skattningsskalor användes, om biverkningar bedömdes.	Under de 3 första dyggen av vårdtiden smärtskattades endast 5,5% av patienterna kontinuerligt var 4:e timme (8.7% av de med demenssjukdom). Endast 15% av administrerade smärtstillande följdes upp och utvärderades inom 1 timme. Agitation, rastlöshet, grimaser var de vanligaste förekommande smärtbeteendena. Kommunikationsproblem med patientens ansågs vara det största	Medel

				Studien undersökte även sjuksköterskans uppfattning om användandet av smärtskattningsskalor samt vad som uppfattades som hinder i bedömningen.	hinder vid smärtbedömning.	
Horgas, A L., elliott, A F & Marsiske, M. USA 2009	Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between Self-report and Behavioral Observation	Att undersöka relationen mellan självskattning och beteendemässiga indikatorer på smärta hos kognitivt nedsatta och kognitivt intakta äldre personer.	Intervjustudie, videoupptagning 126 deltagare på ett boende i Florida, av dessa 24 med kognitiv nedsättning.	Kvantitativ. Smärtan skattades av deltagaren själv (om möjligt) genom intervjuer och med hjälp av smärtskala. Övriga skattades med hjälp av en modifierad smärtskattningsskala (Pain Behavior Measure 18).	86% självskattade daglig eller nästan daglig förekomst av smärta. 77% av de med kognitiv nedsättning skattades ha smärta.	Medel
Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman,DE.	Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly. It's not a guessing game	Att beskriva Sjuksköterskors uppfattning om bedömning och behandling av smärta hos personer med långskriden demenssjukdom.	30 Sjuksköterskor från 6 olika boende deltog. Intervju-studie	Kvalitativ Semistrukturerade frågor. Ljudupptagning under 30-60 min.	Grimaser, oroligt kroppsspråk samt beteendeförändringar togs upp som vanligast förekommande indikator vid identifiering av smärta. Resultatet belyste även vikten av personlig känedom om den boende samt vikten av utbildning inom området.	Hög

<p>Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, H.D., MacLean, M. 2000 USA</p>	<p>A qualitative investigation of seniors' and caregivers' views on pain assessment and management</p>	<p>Att belysa boendes och personalens syn på bedömning och behandling av smärta.</p>	<p>45 personer deltog i totalt 6 sammansatta fokusgrupper.</p>	<p>Kvalitativ Öppna frågor som "hur bedömer man smärta" ställdes. Ljudupptagning under 90-minuters-sessioner.</p>	<p>Deltagarna vittnade bland annat om tidsbrist som negativ faktor för att upptäcka smärta. Utbildning och handledning önskades för att underlätta bedömning av smärta.</p>	<p>Medel</p>
<p>Zwakhalen, SM., Hamers, JP., Peijinenburg, RHA. & Berger, MP. Nederländerna 2007</p>	<p>Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia</p>	<p>Att samla information om personalens kunskap och föreställningar om smärta hos personer med demens. Att jämföra sjuksköterskor med och utan specialinriktning på smärta</p>	<p>123 deltagare (vårdpersonal) från 2 boende för äldre med demenssjukdom. Frågeformulär med 17 påståenden som kunde besvaras med 5 svarsalternativ utformades.</p>	<p>Kvantitativ studie. Data sammanställt och tolkat.</p>	<p>Kunskapsbrist hos vårdpersonalen kunde identifieras. I jämförelsen mellan smärtspecialiserade sjuksköterskor och allmänsköterskor ansågs de med specialinriktning ha större kunskap om smärta och smärtbeteende.</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 3

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativ metod

Modifierad av författarna utifrån Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Finns ett tydligt syfte?	Ja	Nej	Vet ej
--------------------------	----	-----	--------

Antal deltagare:.....

Ålder:.....

Män/kvinnor:.....

Finns sammanhanget presenterat?	Ja	Nej	Vet ej
---------------------------------	----	-----	--------

Förekommer etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
-------------------------------	----	-----	--------

Är urvalet relevant?	Ja	Nej	Vet ej
----------------------	----	-----	--------

Är metoden för urvalet tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

Är metoden för datainsamlingen tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

Är metoden för analysen tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
--	----	-----	--------

Är resultatet logiskt?	Ja	Nej	Vet ej
------------------------	----	-----	--------

Är studiens resultat klart och tydligt redovisat?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

Huvudresultat

.....
.....

Sammanfattande bedömning av studiens kvalitet.

Hög

Medel

Låg

Bilaga 4

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvantitativ metod

Modifierad av författarna utifrån Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Forskningsmetod: RCT CCT
Multicenter, antal center
Kontrollgrupper

Antal deltagare:.....

Ålder:.....

Män/kvinnor:.....

Är frågeställningen tydligt formulerad?	Ja	Nej	Vet ej
Är exklusionerna adekvata?	Ja	Nej	Vet ej
Är metoden för urvalet beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
Är urvalet representativt?	Ja	Nej	Vet ej
Är bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
Beskrivs bortfallsstorleken?	Ja	Nej	Vet ej
Adekvat statistisk metod?	Ja	Nej	Vet ej
Förekommer etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
Finns etiskt godkännande?	Ja	Nej	Vet ej
Är instrumenten valida?	Ja	Nej	Vet ej
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej	Vet ej
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej	Vet ej

Huvudfynd

.....
.....

Sammanfattande bedömning

Hög

Medel

Låg