

Beteckning: \_\_\_\_\_



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Smärtskattning hos personer med sjukdomen  
demens.  
En litteraturstudie.

*Mary Måchtens*  
*Juni 2009*

Examensarbete, 15 Hp, avancerad-nivå  
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet- inriktning mot vård av äldre 60 hp**  
**Examinator: Barbro Wadensten**  
**Handledare: Britt-Marie Sjölund/ Elisabeth Häggström**

## Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur smärta, hos äldre personer som har diagnosen demens, kan identifieras och vilka hjälpmedel som finns att tillgå för att skatta/bedöma smärta hos dem som har diagnosen demens. Dessutom var syftet att beskriva vilka kriterier/särdrag man använder sig av vid smärtbedömningen hos de med sjukdomen demens. Artiklar söktes i följande databaser: Academic Search Elite, Cinahl, High Wire Press, Pub Med och i Science Direct. Dessa databaser valdes relaterat till att de är erkända och hade ett relativt stort utbud på relevanta artiklar inom ämnet.

Designen i denna studie var beskrivande litteraturstudie där resultatet baseras på vetenskapliga artiklar. Totalt 31 artiklar var relevanta för studien och togs med i resultatet, av dessa var 24 kvalitativa, 4 kvantitativa och 3 artiklar var både kvalitativa och kvantitativa. Granskningen av kvaliteten av artiklarna som ingår i studien visade att den metodologiska kvaliteten var relativt hög.

Resultatet visade att det fanns en del olika indikatorer som bedöms vid smärtskattning. Till de vanligaste indikatorerna hör ansiktsuttryck, smärtord och smärtljud men personer med demens och smärta kan även reagera med att dra sig undan, bli tysta eller ibland bli aggressiva och agiterade.

Det fanns ett flertal smärtskattningsinstrument och observationsskalor med olika upplägg och kombinationer av bedömningskriterier. Smärtbedömning hos äldre med demens försvåras av att deras kognitiva förmåga liksom den verbala förmågan tenderar att försämrans med deras sjukdom. Studien visade också att smärtskattning hos personer med kognitiv svikt är ett komplicerat och viktigt arbete för personal inom sjukvården.

Nyckelord: Demens, Smärta, Bedömningsinstrument, Kognitiv förmåga.

## **Abstract**

The purpose of this literature review was to describe the pain, in older people who have been diagnosed with dementia, experience can be identified and the available aids, the pain of those who have been diagnosed with dementia. Furthermore, the purpose was to describe the criteria/characteristics used to make pain assessments on persons with dementia.

Articles were found in the following databases: Academic Search Elite, Cinahl, High Wire Press, Pub Med and Science Direct. These databases were chosen because they are recognized and had a relatively wide range of relevant articles on the subject .

The design of this study was descriptive literature review, where the outcome is based on scientific articles. In total, 31 articles were relevant to the study and were included in the result, of these articles, 24 were qualitative, 4 quantitative and 3 articles were both qualitative and quantitative. The review of articles included in the study, showed that the methodological quality was relatively high.

The results indicated that there were different indicators considered while doing the pain assessment. The most common indicators include facial expression, pain words and sounds of pain, but persons with dementia and pain can also react with withdrawal, become quite or even become aggressive and agitated.

There were several of pain-assessment instruments and observation scales with different set-ups and combinations of criteria. Pain assessment on elderly people with dementia is complicated, thus, their cognitive ability tends to deteriorate with their illness.

The study also showed that pain assessment on persons with cognitive impairment is a complex and important work for health care staff.

**Key words:** Dementia, Pain, Pain Assessment, Cognitive impairment.

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b>	1
1.1 Demens	1
1.2 Demensdefinition	2
1.3 Demensutredning	2
1.4 Kommunikation vid demenssjukdom	3
1.5 Smärta	4
1.6 Smärta och lidande	4
1.7 Demenssjukdom och smärta	5
1.8 Problemformulering	5
1.9 Syfte	6
1.10 Frågeställningar	6
<b>2. Metod</b>	6
2.1 Design	6
2.2 Databaser	6
2.3 Sökord, sökstrategi och urvalskriterier	6
<i>Tabell 1 resultat databassökning</i>	7
2.4 Urval	7
<i>Inklusionskriterier</i>	7
<i>Exklusionskriterier</i>	8
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska övervägande	8
<b>3. Resultat</b>	9
3.1 Huvudresultat	9
3.2 Särdrag i beteendet hos äldre med demens kan man härröra till smärta	9
<i>Verbala tecken för smärta</i>	10
<i>Icke verbala tecken för smärta</i>	11

3.3 Metoder/hjälpmiddel att använda för att skatta/bedöma smärta hos personer med diagnosen demens	12
<i>Självskattnings instrument</i>	13
<i>Instrument där personalen utför smärtskattningen hos personer med Sjukdomen demens</i>	14
<b>4. Diskussion</b>	17
4.1 Huvudresultat	17
4.2 Resultatdiskussion	18
4.3 Metoddiskussion	21
4.4 Förslag till fortsatt forskning	22
4.5 Slutsats	23
<b>5. Referenser</b>	24
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

# 1. Introduktion

## 1.1 Demens

Demens (från latinets *dementia* där *de* betyder bort, från, och *mens* förstånd, sinne) kännetecknas av en intellektuell försämring med bevarat medvetande, alltså inget sänkt medvetande, och i frånvaro av akut eller subakut sjukdom som kan ge en övergående intellektuell nedsättning som depression eller konfusion. Tillståndet är särskilt i mer avancerad grad mycket invalidiserande (Rundgren & Dehlin, 2004).

I Sverige finns minst 150 000 personer med demens och ca 20 000 personer insjuknar årligen. Antalet personer med demens beräknas öka med 50 % fram till 2025 (Wahlund, 2006). Demenssjukdomar ökar med åldern och med tanke på befolkningsstrukturen, är demens idag en vanlig sjukdom. I Sverige räknar man med att ungefär 15 000 personer dör årligen av medelsvår eller svår demenssjukdom (Werner & Strang, 2005).

Demens är ett samlingsnamn för ett stort antal olika sjukdomar. Demenssjukdomar delas in i primärdegenerativa sjukdomar som är vanligast och motsvarar 60 - 70% av demensfallen. Vanligast bland de primärdegenerativa sjukdomarna är Alzheimers sjukdom, Picks sjukdom eller frontallobsjukdom och Huntingtons sjukdom. Hos de med Alzheimer sjukdom kommer sjukdomen smygande med minnessvårigheter, senare tillkommer språksvårigheter, bristande orienteringsförmåga och svårigheter att utföra olika saker. Vaskulär demens, som är orsakad av ischemiska förändringar i hjärnan är näst vanligast, förekommer i 20 % av alla fall. De vaskulära demenserna delas in i småkärlsdemens, som drabbar den vita substansen, och multiinfarktdemens, som drabbar grå substans och de centrala kärnorna. Frontotemporal lobär degeneration orsakar demens i 5 – 10 %, dit räknas Lewykroppsdemens, debuten är plötslig med stegvis försämring. Patienten har tidigare haft hypertoni, stroke, tia, hjärtsjukdom, diabetes och/eller varit rökare. Ett framträdande symtom är psykomotorisk förlångsamhet och visuospatiala svårigheter, förmågan att med synens hjälp orientera sig i sin omgivning t.ex. bedöma avstånd vilket gör att personen med sjukdomen demens blir mycket handikappad. Övriga demensorsaker kan vara sekundära till somatiska sjukdomar t.ex. akuta och kroniska infektioner i CNS, metabola och endokrina störningar, alkoholmissbruk, vitamin B12-brist och folatbrist, subduralhematom och hjärntumör. Det finns även sällsynta former av

degenerativa demenser t.ex. prionsjukdomar. Demens är mer vanligt förekommande hos kvinnor än män i hög ålder (Rundgren & Dehlin, 2004). Demenssjukdomen delas ofta in i en prenil form insjuknande före 65 årsålder och en senil form, insjuknande efter 65 årsålder (Wahlund, 2006).

## **1.2 Demensdefinition**

Enligt demensdefinitionen ska patienten med normalt medvetande ha minnesstörning och en eller flera kognitiva störningar av sådan grad att yrkesverksamhet eller social aktivitet störs (Wahlund, 2006). Demens måste skiljas från benign åldersrelaterad glömska, där personerna kan minnas och kan lära sig nya saker men där det går långsammare än tidigare (Rundgren & Dehlin, 2004).

## **1.3 Demensutredning**

Det är viktigt att det tidigt i demensutredningarna görs utredningar för att utesluta differential diagnoser, så att rätt behandling kan ges. För att identifiera rätt typ av demenssjukdom och för att utesluta pseudodemens, depression, konfusion, subduralhematom, B12-brist och hypotyreos, så att möjlighet till specifik behandling och omvårdnad kan ges. Det är också av vikt att identifiera andra sjukdomar såsom hjärtsvikt, hypertoni, diabetes och förmaksflimmer och att kartlägga demensassocierade symtom som ångest och depression insomnia (Rundgren & Dehlin, 2004).

Vid diagnostiseringen av demens används t.ex MMT (Mini-Mental test) ett mycket använt och väl utprovat test av intellektuella funktioner. Det är inte ett test för att diagnostisera demenssjukdom, men testresultatet under en viss nivå är oftast förenligt med demenssjukdom. En svaghet med testet är att äldre personer med fysiskt handikapp t.ex. restillstånd efter hemipares, ofta kan få låga poäng då de inte kan skriva eller rita, vilket krävs i ett par moment i testet. Max poäng är 30 och gränsen mellan normal och nedsatt funktion brukar för äldre sättas vid < 24 poäng. Mellan 20 -11 poäng rör det sig om medel till uttalad kognitiv svikt, och vid 10 – 0 handlar det om svår kognitiv svikt (Rundgren & Dehlin, 2004).

En helhetsbedömning av patienten bör göras, med genomgång av ADL-funktion och en vårdplanering. Viktigt med information till patienten och anhöriga och att anhöriga ges möjlighet utbildning i behandling och omvårdnad (Rundgren & Dehlin, 2004).

I en pilotstudie av Irwin, et.al (2008) kan man utläsa att en betydande andel av patienter som får slutenvård har upptäckt men kliniskt signifikant kognitiva funktionshinder. Resultatet visade att det är av stor vikt att det tidigt görs adekvata demensutredningar för att tillgodose att dessa patienter ges möjlighet till god smärtlindring och god omvårdnad.

#### **1.4 Kommunikation vid demenssjukdom**

Studier har visat att en omsorgsfull utvärdering av smärta är viktig för att kunna ge en effektiv smärtlindring. Smärtutvärdering bygger till stor del på verbal kommunikation, vilket är en nästan omöjlig uppgift för personer med långt gången demens där kommunikationssvårigheter har uppstått. Detta kan i sin tur leda till att personer med sådana funktionsnedsättningar blir underbehandlade och utsatta för onödigt lidande (Akbarzadeh & Jakobsson; 2006. Cook, Niven and Downs, 1999).

Försämrad förmåga att kommunicera med omgivningen leder till att personer med demenssjukdom har svårt att förmedla sin smärta. I en studie gjord av Ferrel, Ferrel, & Rivera, (1995) framkom att 1/5 av de undersökta patienterna boende på ett vårdhem var verbalt oförmögna att förmedla sin smärta, vilket kunde leda till en större risk till att bli underbehandlade vad gällande smärtlindring.

I en studie av Morrison & Siu (2000) framkommer att mindre analgetika ordineras och ges till personer med sjukdomen demens i jämförelse till kognitivt friska äldre. Denna studie visade även på att en betydande andel äldre har upptäckt och obehandlad smärta många gånger relaterat till beteendemässiga förändringar som rastlöshet och aggressivitet som tolkas som annat än smärta, och där personen med sjukdomen demens inte kan förmedla sin smärta verbalt.

Cipher & Clifford (2004) kom i sin studie fram till att kognitiva, emotionella och beteendemässiga variabler samverkar med varandra men inte direkt påverkade patientens dagliga aktivitet. Utan smärtan i sig kunde leda till beteende störningar och depression, vilket i sin tur påverkade den dagliga aktiviteten. Dessa resultat visade på, att för att förbättra livskvalité och smärtbehandling hos personer med sjukdomen demens behövdes flerdimensionella behandlingsmetoder användas. Där man bedömde personens grundsjukdom, kognitiva svikt, depression, beteenden och smärtnivåer.



## **1.5 Smärta**

Smärta definieras som ” En obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” enligt International Association for the Study of pain (IASP 1986).

Smärta är ett symtom och det centrala momentet vid all smärtbehandling är att försöka diagnostisera och om möjligt åtgärda den bakomliggande orsaken. Många faktorer påverkar smärtupplevelser, faktorer som sänker smärtröskeln hos äldre och vanligt förekommande är sömnsvårigheter, trötthet, ångest, depressiva symtom, sysslolöshet, psykisk isolering och social isolering (Werner & Strang, 2005).

Smärta är vanligt förekommande hos patienter boende på äldreboende. Det har angetts att 45-80 % har påtaglig smärta och upp till 50 % av de med kognitiv svikt har smärta dagligen. Äldre personer har mer smärta relaterat till att de ofta har en multipel sjukdomsbild, med ökad frekvens av muskulär smärta, kardiovaskulära sjukdomar och sjukdomar i andningsorganen (Frampton, 2003).

## **1.6 Smärta och lidande**

Smärta och lidande är abstrakta fenomen som är svårförmedlade och svårgripbara. Smärta kan leda till depression och ångest som i sin tur kan leda till lidande, men det finns även många andra orsaker till lidande t.ex. illamående, andnöd, klåda mm (Werner & Strang, 2005). Demens räknas som en palliativ sjukdom och lidande i livets slutskede tar ofta formen av plågsamma förnimmelser som t.ex. smärta och värk, andnöd och andfåddhet, illamående och kräkningar, förstoppning eller enorm trötthet. De flesta lidanden av detta slag är antingen symtom på en annan sjukdom eller biverkningar av den behandling som personer med sjukdomen demens har. Det är viktigt att vårdpersonalen utför en så god smärtskattning som möjligt och även gör andra symtombedömningar för att lindra lidandet (Sandman & Woods, 2003).

Smärta som inte kan förklaras kan även ge patienten stort lidande på grund av oro för dess orsak och upplevelser om att den inte kan kontrolleras eller att den kommer att bli bestående . Svår smärta kan tolereras om orsaken är känd och inte hotande och om smärtlindringen är tillfredsställande. Svår och långvarigt lidande leder till förlust av integritet, bristande

självkänsla, övergivenhet, ilska och en känsla av att vara orättvist behandlad eller drabbad vilket kan leda till isolering från samhället, vänner och familj (SBU, 2006).

### **1.7 Demenssjukdom och smärta**

Det har visat sig att äldre som har upptäckt smärta får förändrat beteende som kan yttra sig som rastlöshet och aggression. Beteenden hos personer med sjukdomen demens som kan tyda på nytillkommen smärta kan vara motorisk eller psykisk oro, nytillkommet aggressivt beteende, konfusion/delerium, depression, ändrat skrikbeteende, ändrad kroppshållning och kroppsspråk, plötslig orkeslöshet, aptitlöshet, sömnproblem och plötslig förändring i socialt beteende. Sammanfattningsvis kan alla beteendeförändringar förekomma i samband med smärta, problemet är att få eller inga av dessa beteenden är specifika. Därför bör en rimlighetsbedömning utföras, där den vårdnära personalens bedömning i hög grad måste vägas in. Stor risk för underbehandling av smärta råder (Werner & Strang, 2005).

Oupptäckt och obehandlad smärta kan få allvarliga effekter på svaga äldre personer med nedsatt livskvalité, sämre kognitiv prestation och oftare beteendestörningar, såsom aggressivitet, vandring och störande smärtljud (Edvardsson, Katz och Nay, 2008).

I studien av Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad och Berger (2006) framkom att det är av stor vikt att tolka in många faktorer vid smärtbedömningar hos äldre och hos personer med sjukdomen demens. Samt att arbeta utifrån ett multidimensionellt synsätt där alla yrkeskategorier som känner personen bör medverka.

### **1.8 Problemformulering**

Studier visar att personer med kognitiv nedsättning har ökad risk att bli underbehandlade och utsatta för onödigt lidande när det gäller smärta, relaterat till att all smärtutvärdering bygger på verbal kommunikation och att kommunikationssvårigheter följer med sjukdomen demens. (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007). Utifrån detta är det viktigt att sjuksköterskan har kunskaper och möjligheter till att kunna tolka olika beteenden hos de med sjukdomen demens för att kunna identifiera smärta hos äldre. Författaren vill därför med denna studie beskriva hur smärta hos äldre personer med sjukdomen demens kan identifieras samt vilka metoder/hjälpmiddel som finns.

## **1.9 Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur smärta hos äldre personer, som har diagnosen demens kan identifieras, samt beskriva metoder/hjälpmiddel som personalen eller personer med demensdiagnos kan använda för att skatta/bedöma smärta.

## **1.10 Frågeställningar**

Vilka särdrag i beteendet hos äldre med demens kan man härröra till smärta?

Finns det metoder/hjälpmiddel som kan användas för att skatta/bedöma smärta hos dem som är diagnostiserade med demens?

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Detta är en beskrivande litteraturstudie där resultatet baseras på vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2003).

### **2.2 Databaser**

Artiklar söktes i följande databaser: Academic Search Elite, Cinahl, High Wire Press, Pub Med och i Science Direct. Dessa databaser valdes då de är erkända och hade ett relativt stort utbud av relevanta artiklar inom ämnet (Polit & Beck, 2008).

### **2.3 Sökord, sökstrategi och urvalskriterier**

De sökord som användes under litteratursökningen var *assessment, behavior, cognitive impairment, dementia, pain och nonverbal*. Dessa sökord söktes tillsammans i olika kombinationer. Sökningen gjordes som fri textsökning med nyckelord, utifrån frågeställningarna och med booleska operatoren AND för att begränsa resultatet (Forsberg & Wengström, 2003). Även en manuell sökning gjordes av artiklar som hittades som referenser i andra artiklar.

Resultatet av sökningen redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Databaser, sökord antal träffar, urval av artiklar och begränsningar vid sökningarna.

Databas	Sökord och kombinationer av sökord	Antal träffar	Artiklar som ingår i resultatet	Begränsningar
Academic Search Elite	Dementia and pain and assessment	37	6	Full text, published in last 10 years.
Academic Search Elite	Dementia and pain behavior and assessment	7	4	Full text, published in last 10 years.
Academic Search Elite	Cognitive impairment and pain assessment	38	3	Full text, published in last 10 years.
Cinahl	Cognitive impairment and pain assessment	44	2	Full text, published in last 10 years.
Cinahl	Dementia and pain and assessment	66	2	Full text, published in last 10 years.
Cinahl	Dementia and nonverbal and pain assessment	283	2	Full text, published in last 10 years.
High Wire Press	Dementia and nonverbal and pain assessment	201	3	Published in last 10 years
Pub Med	Dementia and pain	36	1	Full text, published in last 10 years, Only English texts, Aged: 65+ years.
Science Direct	Dementia and nonverbal and pain assessment	496	1	Full text, published in last 10 years.
Manuell sökning i valda källors referenslistor			8	
<b>Totalt</b>		<b>1208</b>	<b>32</b>	

## 2.4 Urval

### Inklusionskriterier

Författaren sökte artiklar i databaser under tiden februari till maj 2009. Artiklar söktes som var publicerade mellan åren januari 1999 – januari 2009, för att få fram aktuell forskning i ämnet. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska, krav ställdes på att de skulle vara vetenskapliga och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle innehålla kunskaper om demens, smärta, icke verbal kommunikation, smärtskattning och äldre samt

besvara någon av de tre frågeställningarna. Vetenskapliga artiklar söktes i olika databaser och ett första urval gjordes genom att läsa abstrakten till artiklar som stämde överens med syfte och frågeställning. Därefter gjordes ett urval till studien, 31 stycken empiriska studier valdes ut och redovisas i tabell 2 och 3 som bifogas som bilaga 3 och 4.

### **Exklusionskriterier**

Författaren uteslöt artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska. Även artiklar som beskrev icke verbal kommunikation hos yngre, smärtskattning hos yngre, artiklar som i övrigt inte svarade mot syfte eller frågeställning uteslöts. Under arbetet med artikelgranskningen så föll några artiklar bort på grund att de inte stämde överens med syfte och frågeställning eller var litteraturgranskningar, även artiklar med för låg kvalitet uteslöts enligt Forsberg och Wengström (2003).

## **2.5 Dataanalys**

Vid databassökningen blev antalet träffar stort 1208 stycken. För att få en överblick över materialet lästes abstracten snabbt igenom för att se om de var relevanta för denna litteraturstudie. Alla de 31 stycken vetenskapliga artiklarna som valdes ut granskades enl. granskningsmall (se bilaga 1 och 2) och värderades efter poäng (Forsberg & Wengström, 2003) redovisas i tabell 3, bilaga 3.

Kvalitetsbedömningen av studierna skall omfatta studiens syfte och frågeställning, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Studier med låg kvalitet bör inte inkluderas i en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2003).

## **2.6 Forskningsetiska överväganden**

Litteraturstudien bygger på studier där etisk prövning har gjorts. I granskningen av artiklarnas kvalitet ingick även om artiklarnas författare hade tagit hänsyn till etiska aspekter. Författaren fann därför inga etiska brister och ansåg att syftet med studien och metoden är etiskt försvarbart. Författaren redovisar alla artiklar som ingick i studien, de som inte hade ett relevant abstrakt exkluderades.

### **3. Resultat**

#### **3.1 Huvudresultatet**

Huvudresultatet av denna litteraturstudie visade att vid smärtbedömning hos äldre med sjukdomen demens vägs många faktorer in, t.ex. olika tecken på förändrade ansiktsuttryck som grimaser och näsrynknningar. Även kroppsspråkets förändringar tolkas såsom stelhet, rastlöshet, dra sig undan, bli tysta eller ibland bli aggressiva och/eller agiterade.

Resultatet visade även på att smärtskattning hos personer med kognitiv svikt är ett komplicerat och viktigt arbete för personal inom sjukvården och äldreomsorgen. Totalt 31 artiklar var relevanta för studien och togs med i resultatet, av dessa var 24 kvalitativa, 4 kvantitativa och 3 artiklar var både kvalitativa och kvantitativa. Granskningen av artiklar som ingår i studien visade på att den metodologiska kvaliteten var relativt hög.

Artiklarna syftade till att svara på frågeställningarna.

#### **3.2 Särdrag i beteendet hos äldre med demens som kan härröra till smärta**

På frågeställning två framkom i flertal artiklar att det fanns många smärtindikerande beteenden, både verbala och icke verbala (Blomkvist & Hallberg, 2001; Brummel-Smith et.al, 2002; Pautex et. al, 2006; Husebo, Strand, Mor-Nilsson, Husebo & Ljunggran, 2007; Zwakhalen, Hamers & Berger,2006).

I en studie av Hsu m.fl framkom det att det var möjligt att kognitiva intakta personer troligtvis försöker dölja sina smärtrelaterade ansiktsuttryck i syfte att bevara sin sociala ställning, medan de med kognitiv svikt upplevs att ha påtagligt minskad social hämning (Hsu, Shuman, Hamamoto, Hodges & Feldt. 2007)

En studie visade att personer med sjukdomen demens rapporterade mindre smärta i jämförelse med de utan demens, trolig orsak till detta var att de med sjukdomen demens ofta använde sig av andra smärtord som obehag, skada eller ont. Även äldre rapporterade mindre smärta än yngre många gånger beroende på att de äldres uppfattning var att smärta var något att förvänta i samband med stigande ålder och att klagan över smärta kunde ha negativa effekter på omvårdnaden. Personer med sjukdomen demens som upplevde sig ha smärta hade oftare problem med sömnen, men inga fynd pekade på att de var mer benägna till agitation eller sämre matlust och viktnedgång (Kamel et.al, 2001).

Även studien av Horgas, Elliott och Marsiske (2009) konstaterades att de äldre med kognitiv svikt var signifikant mindre benägna att rapportera smärta än kognitivt intakta. Det förekom inte någon skillnad i de olika smärtbeteenden som visades upp oberoende kognitiv svikt.

### **Verbala tecken för smärta**

I studien av Blomkvist och Hallberg tas olika uttryck av verbala kommunikationer upp. Verbal beskrivning av smärta t.ex. *"I have told her about the pain"* och om verbal agitation, förvirring, önskan om hjälp och verbalt skydd, vilket kan exemplifieras med uttrycken *"help me, help me"* och *"be careful, my knee hurts"*. Personen som upplever smärta kan jämra sig, gnälla och/eller gny, ordlöst skrik, *"Cries out, just shouts, no words"* (Blomkvist & Hallberg, 2001).

I en studie av Lundell och Svensson (2003) framkom att verbala uttryck tenderade till att öka i frekvens, upprepande av samma ord med klagande ton. Det är vanligt att de med sjukdomen demens gnyr, flåsar, skriker, ropar eller stönar. I resultatet av studien av Mäntyselkä, Hartikainen, Louhivouri-Laako och Sulkava(2004) framkommer att prevalensen av smärta inte var beroende av specifik diagnos av demens sjukdom. Bland de med sjukdomen demens kunde 64 stycken svara på frågor om att de hade smärta, medan personalen uppskattade smärta i 11 fall. Orsaken till svårigheterna angavs vara problemen med den verbala kommunikationen.

Även Cohen-Mansfield och Lipson (2002) kom fram till liknade resultat i sin studie. I deras studie framkom det att överensstämmelsen mellan geriatrikers smärtskattning och patientens smärtskattning var signifikant god vid skattning hos dementa med mild kognitiv svikt, men lägre hos de med svår kognitiv svikt. Studien visade att både problem med den verbala kommunikationen och kognitiv svikt hade stor inverkan i bedömningen av smärta hos de med sjukdomen demens.

De med sjukdomen demens tycks påverkas av smärta på annat sätt än de utan demens relaterat till deras kognitiva svikt. Det är av stor vikt att vid smärtbedömning hos dessa patienter, väga in så många komponenter som möjligt, för att täcka upp en helhetsbedömning (Kunz, Mylius, Scharmann, Schepelman & Lautenbacher, 2009).

### **Icke verbala tecken för smärta**

Ansiktsuttrycken kan variera från patient till patient, varje individ är unik och visar på specifika ljud och beteenden vilket föranleder vikten av att bedömarna känner patienterna (Regnard et.al, 2007).

Flertal studier visar att ansiktsuttryck som grimasering, näsrynkning, spänd mun som försvar kunde vara tecken på smärta (Hsu, et.al, 2007;Husebo et.al, 2007).

En svensk studie visar att flera exempel på ansiktsuttryck kan sammankopplas med smärta t.ex. stirrande blick, hopknipna ögon, blekhet, röd i ansiktet och spänd mimik (Lundell & Svensson, 2003).

Hopkrupen ställning och skyddande av kroppsdel i vila kan även tolkas som smärta (Pautex et.al, 2006; Husebo et.al, 2007; Zwakhalen et.al, 2006). Smärta kan också tolkas in vid hjälplöshet, vid försämrad sömn, när någon drar sig undan, ängslan och lidande blick (Blomkvist & Hallberg, 2001; Lundell & Svensson, 2003). Gnidande och skyddande rörelser är vanligt förekommande hos de med kognitiv svikt i samband med smärta. Däremot att de spänner sig, är mindre vanligt sammankopplat med smärta (Shega, et.al, 2008).

I en studie kan man läsa att stel kropp, orörlig och spänd kropp, slapphet, hopsjunken kroppsställning och ändrade kroppsställningar kunde indikera på smärta. Denna studie visar även på att sociala tecken som störning i kontakten med omgivningen, otålighet och ständigt pockande på uppmärksamhet är vanligt förekommande hos dementa med smärta. Psykiska icke verbala tecken kan uttrycka sig som aggressivitet som kan visa sig genom att personen slåss, kastar saker, rivs eller spottar (Lundell & Svensson, 2003).

En studie visade att de med kognitiv svikt hade fler begränsningar i sin ADL och hade fler störande beteenden (Brummel-Smith et.al, 2002).

Regnard m.fl. kom i sin studie fram till att smärtbeteenden kan vara tecken på att personen är orolig eller plågas av något annat än smärta. Stor vikt vid smärtbedömningen av äldre med demens, läggs vid bedömningar för att särskilja de olika beteendenas bakgrund för att inte ge smärtstillande vid ev. ångest och på så sätt skapa ett falskt intryck av smärta (Regnard et.al, 2007).



Vissa beteenden kan även visa på annat än smärta t.ex. öppen mun eller mumling, rynkning av pannan, annan blick på ögonen kan vara personens naturliga beteende som kommit med sjukdomen eller att det visar på annan sinnesstämning (Zwakhalen, Hamers & Berger, 2007). Kroppsspråket har en betydande roll vid smärttolkning, den kan ge sig uttryck i många olika former. Många sjuksköterskor som arbetar med äldre med kognitiv svikt läste av patienterna och kunde på så sätt tolka deras smärta. Tre sätt att använda vid tolkning av smärta framkom; att se, att lyssna och att observera (Blomkvist & Hallberg, 2001).

### **3.3 Metoder/hjälpmiddel att använda för att skatta/bedöma smärta hos personer med demens**

Det framkom i artiklarna att ett flertal smärtskattningsskalor är framtagna för att underlätta för sjuksköterskor och övrig personal, vid bedömning smärta hos de demenssjuka. Det fanns en hel del självskattningsskalor som de demenssjuka själva kunde använda sig utav.

I bedömningen för att veta hur långt sjukdomen demens har utvecklats används många gånger MMSE=(Mini-Mental State Exam) och hälsostatus för att kunna veta vilket bedömningshjälpmedel som kan vara det bästa för just denna person (Brummel, Smith et.al, 2002; Kamel, Phlavan, Malekgoudarzi, Gogl & Morley, 2001; Shega et.al, 2008).

Resultatet i en studie vars syfte var att redogöra om skattningsskalor kunde användas för att kvantifiera smärta hos äldre, visade att de flesta äldre utan kognitiv svikt, de med måttlig svikt och även de med allvarlig demens var kapabla att använda självskattningsskalor när de skulle klassificera sin smärta. Studien visade att nästan 30 % av de med svår demens var kapabla att genomföra en eller flera av skattningsskalorna. De skattningsskalor som även de dementa upplevdes klara av var FPS och MPAC. (Manz, Mosier, Nusser-Gerlach, Bergstrom & Agrawal, 2000).

Dessa nitton smärtskattningsskalor togs upp i artiklarna som ingår i denna litteraturstudie. 5 st var självskattningsskalor och 14 st smärtskattningsskalor där personalen gör bedömningarna.

## Självskattningsinstrument

\*Coloured Analogue Scale (**CAS**). Denna skala bedömer smärta på ett icke verbalt sätt. Olika färgnyanser på skalan indikerar olika styrka på intensiteten av smärta. Vid bedömningen flyttar patienten en skiva och ställer den på det ställe i skalan som bäst överensstämmer med hans/hennes smärtupplevelse (Scherder & van Manen, 2005).

\*The rand Coop (**COOP**) tool, består av 5 karakteristiska bilder på olika kroppsdelar. Varje bild är kombinerad med en skala från 0 till 5. Personerna får bedöma sin smärta utifrån var de har ont och intensiteten av smärta på varje ställe (Manz et.al, 2000).

\*Face pain scale (**FPS**). En ansiktsskala med sju ansikten med olika miner som vart och ett uppvisar graden av obehag eller smärta. Patienterna får välja mellan de olika ansiktsuttrycken som bäst visar på hans/hennes smärta. Skalans uppgift är att bedöma intensiteten och känslomässiga komponenter av smärtan (Scherder & van Manen, 2005; Pautex et.al, 2006). Det framkom i en studie gjord av Kaasalainen och Croock. att de äldre personerna utan kognitiv svikt hade problem med att välja rätt ansiktsuttryck i skalan och att bilderna var svåra att bedöma. Bland dem med svår demens var ingen kapabel att använda sig av ansiktsskalan relaterad till sin kognitiva svikt. Detta resultat är oroande med tanke på deras betydelse för giltigheten av verktyget (Kaasalainen & Crook, 2004).

\*The memorial pain card (**MPAC**) subscale, består av åtta ord som anges i slumpmässig ordning på ett kort och skildrar smärta som sträcker sig från "ingen smärta" till "olidlig". Deltagarna instrueras att välja det ord som bäst beskriver deras smärtintensitet. Varje ord motsvarar en siffra från 0 till 7 (Manz et.al, 2000).

\*(**VAS**) Visual analog scale, används som hjälpmedel i sjuksköterskans omvårdnadsarbete för att bedöma smärta hos patienter som själva kan uppskatta och berätta om hur smärtan kändes. Fungerade som en linjal där patienten med en markör, markerar var på linjen hans/hennes smärta befinner sig. Författaren till artikeln påtalade att svårigheter kan förekomma hos de dementa eftersom de kan ha svårt med abstrakt tänkande (Pautex et.al, 2006).

## **Instrument där personalen utför smärtskattningen hos de med sjukdomen demens**

\*The Assessment of discomfort in dementia scale (**ADD**) utvecklades för att mer precis bedöma obehag hos personer med demens som inte längre kan förmedla sin smärta och obehag. Kan noggrant och omfattande vara behjälplig vid behandling av fysisk smärta och känslomässigt obehag och bidra till minskning till användandet av psykofarmaka. Består av ett protokoll där man först bedömer olika aspekter som MMT, urin, blodtryck, puls, olika smärtbeteenden, hjärta och lungor, buk m.m. I nästa moment av protokollet noteras om olika åtgärder är utförda t.ex. har någon icke farmakologiskt åtgärd utförts och effekt av det samt har smärtlindring getts och vilken effekt hade den. De sista momenten är utvärderingar och uppföljningsplaner (Kovach, Weissman, Griffie, Matson & Muchka, 1999).

\*Checklist of nonverbal pain indicator (**CNPI**) är ett mätinstrument som är konstruerat för att bedöma verbala och icke verbala beteendeindikatorer som orsakas av smärta (Scherder & van Manen, 2005). Detta instrument innehåller 6 beteenden som allmänt anses vara förenad med smärta hos dementa personer, smärtord och ljud, muntlig klagande, grimaser, rastlöshet, personer sitter och gungar, stelhet och krampaktigt beteende. Varje beteende efterföljs av karakteristiska nyckelord, som kan bedömas som ja=1 eller nej=0. Vilket kan leda till max 6 poäng. Instrumentet har även undersökts för att se om kognitiv svikt har någon inverkan på smärtbeteendetrycken. I denna studie framkom det att ingen skillnad observerades i smärtbeteendet hos patienter med eller utan kognitiv svikt (Feldt, 2000).

\*Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (**CPAT**) beskrevs i en studie. Detta verktyg togs fram för att kunna användas av undersköterskor i den dagliga vården och var utarbetad efter en genomgång av tillgänglig litteratur och i samverkan med personal. CPAT innehåller 5 bedömningskategorier ansiktsuttryck, beteende, sinnesstämning, kroppsspråk och aktivitet. Varje kategori bedöms med noll eller ett poäng. Med poäng ett eller fler var personalen instruerad att åtgärd mot smärta skulle sättas in (Cervo et.al, 2007).

\***DOLOPLUS-2** ett instrument med 10 delmoment som bedömer somatisk, psykomotorisk och psykosociala funktioner. Maxpoäng 30, alla med poäng över tre indikerar ha smärta. Författarna till studien kom fram till att Doloplus-2 kan identifiera smärta som inte är somatisk och kan därför vara missvisande. Resultatet stöder inte validitet av Doloplus-2 i nuvarande version och studien anger att det krävs speciell färdighet vid användandet av

Doloplus-2 (Holen, Saltvedt, Fayers, Hjermestad & Kaasa, 2007).

\*Pain scale for the Minimum data set (**MDS**) bedömer intensitet, frekvens och var smärtan är. Skalan bygger på verbal kommunikation och innehåller bl.a. bedömningar av fysisk och kognitiv funktion, smärtbeteenden, humör och medicinering. Studie som gjorts för att validera skalan visade på god överensstämmelse mellan MDS och VAS skalan (Fries, Simon, Morris, Flodstrom & Bookstein, 2001).

\*Minimal documentation system (**MIDOS**) Skattningsskala vid smärta och symptom vid palliativ vård. Frågorna var tagna från olika checklistor med 15 till 24 frågor som använts tidigare. Bedömningen gjordes i form av intervjuer med frågorna som stöd. Svaren bearbetades sedan i en enkel databas för dokumentation. I denna studie undersöktes om kognitiv svikt hade någon inverkan på skattningsskalan. Fortsatt validering av skalan skall utföras enligt författarna (Radbruch et al, 2000).

\*The Mahoney pain scale (**MPS**) En skala för bedömning av smärta hos personer med avancerad demens, bestående av 8 delmoment. En gradering av poängen visar på intensiteten av smärta. Sammantagen poäng på frågorna 1 till 8 visar på olika grad av smärta. Som en andra gradering visar poäng 0 – 2,5 på frågorna 5 till 8 mer agitation än smärta, 3 poäng eller mer indikerar smärta framför agitation. MPS bedöms som kliniskt genomförbar. Studien visade på att 92 % av Sjuksköterskorna ansåg av MPS var enkel att använda och att den underlättade kommunikationen mellan sjuksköterskorna, samt att den gav en exakt smärt bedömning (Mahoney & Peters, 2008).

\*The **MOBID** pain scale är konstruerad av en expertgrupp. Instrumentet fokuserar på nociceptiv smärta under aktivitet, och vid påkallad aktivitet av kroppen. Bedömningen utfördes av personal som aktivt utförde olika rörelser som t.ex. öppna och sluta en hand, sträcka och böja på knän, sitta på sängkanten och/eller vända sig i sängen åt båda håll. MOBID smärtskala visade sig vara tillräckligt pålitlig för att kunna användas vid smärtskattning hos äldre med svår demens (Husebo et.al, 2009).

\*Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (**NOPIAN**). Utvecklades av Snow med kolleger 2004 för att bedöma smärta hos icke kommunikativa boende på vårdhem med svår demens. Instrumentet består av sex smärterelaterade bedömningsmoment: smärtord,

smärtljud, ansiktsuttryck, gnuggning, kramp och rastlöshet. Bedömningsinstrumenten kompletteras med frågan har du ont? ”Ja eller nej”. Resultatet visade på hög reabilitet på NOPAIN skalan och en signifikant överensstämmelse med självskattningsskalor och beteende skalor. Resultatet stöder reabilitet och validitet för NOPAIN mättningsverktyg och föreslår att detta enkla verktyg är tillräckligt säkert för att mäta smärta hos äldre (Horgas et.al, 2007).

\*The pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (**PACSLAC**). En skala som består av bedömningar som berör ansiktsuttryck, aktivitet, sociala och psykosociala faktorer. Skalan visar på hög pålitlighet och giltighet vid smärtbedömning av äldre med demens (Zwakhaleh et.al, 2007). Sjuksköterskor värderade PACSLAC skalan högst och att den var den mest användbara i kliniska arbetet i jämförelse mellan skalorna PAINAD, PACSLAC och Doloplus-2 (Zwakhaleh et.al, 2006).

\*The pain assessment in advanced dementia (**PAINAD**). En skala som består av bedömningar av fem olika områden andning, frambringande av ”klagande” ljud, ansiktsuttryck, kroppsspråk samt möjligheten att trösta. Vårdpersonalen observerar och utvärderar personen med sjukdomen demens utifrån de fem olika områdena och bedömer utifrån en trepoängsskala där 0 poäng indikerar ingen smärta och 3-4 poäng indikerade smärta som måste behandlas (Leong, Chong & Gibson, 2006). Enligt Costardi et.al (2006) fungerade PAINAD bra på dementa med måttlig demens men inte hos de med svår demens. De ansåg att svagheten med skalan var att den enbart baserades på de bedömningar och observationer som vårdpersonalen gjorde och den tog inte någon hänsyn till hur patienten själv upplevde sin smärta (Costardi et al, 2006).

PAINAD har varit till stor hjälp vid identifieringen av förekomst av smärta hos de med sjukdomen demens som inte har möjlighet att själva rapportera smärta. Nyttan av användningen av detta instrument i medicinsk/kirurgisk sjukhusvård kan diskuteras, relaterat till behovet av praktisk träning för personal som skall använda detta instrument (Hutchinson, Tucker, Kim & Gilders, 2006).

\*The present pain intensity (**PPI**) är en skala som kombinerar ord och numeriska indikatorer för att bedöma smärtintensiteten (Manz et.al, 2000).

\*Proxy pain scale (**PPQ**) består av tre enkla delmoment, som bedömer förekomst, frekvens och intensitet. De tre frågorna var: Under närmaste veckan har patienten upplevt smärta? Ja eller Nej. Hur ofta brukar patienten uppleva smärta? Svaret graderas i en femgradig skala från aldrig till alltid. Och den tredje frågan löd När patienten upplever smärta, hur skulle du vilja beskriva intensiteten? Lindrig smärta, medelsvår smärta eller mycket stark smärta. Studier visar att sjuksköterskor upplevde att PPQ var mer finkänsligt vid bedömning av smärta hos äldre (Fisher, Burgio, Thorn, Allen-Burge, Gestle, Roth et al, 2002).

\*The Western Ontario and McMaster osteoarthritis index pain scale (**WOMAC**).

Ett instrument som framför allt konstruerats för att mäta smärta hos patienter med artrit, vilket innehåller 24 delmoment i tre dimensioner: smärta, stelhet och aktivitet. Bedömningen görs utifrån hur patienten upplever smärta vid aktivitet. När de går, går upp ned i trappor, sover på natten, när de sitter eller ligger och när de står. Enligt Tsai & Richards (2006) kunde detta instrument även användas hos patienter med medelsvår demens om de hade kvar sin förmåga att uttrycka smärta verbalt eller i ordfragment.

Resultatet i artiklarna presenteras i tabell 2 och 3 som bifogas som bilaga 3 och 4.

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Resultatet av litteraturstudien visade att vid smärtbedömningen hos äldre med demens vägs många faktorer in, t.ex. olika tecken på förändrade ansiktsuttryck som grimaser och näsrynknings. Även kroppsspråkets förändringar tolkas såsom stelhet, rastlöshet, dra sig undan, bli tysta eller ibland bli aggressiva och/eller agiterade.

Det framkom även att det fanns många olika smärtskattningsskalor för att bedöma smärta hos äldre med demens. Skattningsskalorna bedömde utifrån olika synvinklar t.ex. kroppsspråk, ansiktsuttryck och verbala eller ickeverbala tecken på smärta, men också självskattningsskalor. Bedömning av smärta är en viktig del i omvårdnadsarbete för sjuksköterskor för att minska vårdlidandet och att ge de äldre med demens en så god livskvalité som möjligt.

Vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med smärtskattningsskalor varierar men viktigast vid användandet av dessa är att de är enkla och inte tidskrävande samt att de även går att användas som intervjufrågor om det behövs.

#### **4.2 Resultatdiskussion**

Resultatet i denna studie visar på att smärtskattning hos äldre med sjukdomen demens är ett komplex och svårt arbete. Många komponenter bör vägas in för att resultat skall bli så relevant som möjligt. Enligt Werner & Strang (2005) är äldre med demenssjukdom och smärta en mycket utsatt grupp. Smärta är ett komplext sinnesintryck med sensoriska, emotionella och evaluerande komponenter.

Studien av Frampton (2003) visar på att smärta är vanligt förekommande hos patienter boende på äldreboende. Resultatet visade på att 45-80 % av de äldre har påtaglig smärta och upp till 50 % av de med kognitiv svikt har smärta dagligen. Många av de äldre personerna har mer smärta relaterat till att de ofta har en multipel sjukdomsbild, med ökad frekvens av muskulär smärta, kardiovaskulära sjukdomar och sjukdomar i andningsorganen. Vilket visar på att det är av stor vikt att sjuksköterskor i omvårdnaden har/får adekvat utbildning i smärtskattning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter, såsom att ställa omvårdnadsdiagnoser och ordinera omvårdnadsåtgärder vid smärta. Och att vid behov ta kontakt med läkare för ordination av eventuella farmakologiska åtgärder. Detta och i enlighet med Lundell och Svensson (2003) belyser vikten av att ett systematiskt arbete med smärtbedömningar för att få önskad effekt samt att personalen bör ges möjlighet till utbildning i och reflektion på smärtskattning hos personer med demens. Det är mycket betydelsefullt att minimera risken för att personer med sjukdomen demens inte ska riskera att bli underbehandlade när de upplever sig ha smärta (Werner & Strang; 2005; Zwakhalen et.al, 2006).

Vårdpersonalen har en stor tyst kunskap om smärta och hur den uttrycks hos demenssjuka, men den är svår att formulera i ord. Sjuksköterskorna i en studie upplevde att de inte hade tillräckliga kunskaper om smärta, vilket gjorde att smärtan inte åtgärdades på ett systematiskt sätt. Det framkom även i studien att vårdpersonalen ibland upplevde ångest i sitt arbete med den grupp av vårdtagare som inte kunde kommunicera verbalt och underströk nödvändigheten av handledning (Lundell & Svensson, 2003).

Även risken för stort vårdlidande hos äldre med sjukdomen demens kan undanröjas om en heltäckande smärtskattning görs. Det är av stor vikt att all personal, som arbetar med de med kognitiv svikt, arbetar aktivt för en god smärtbedömning för att förbättra och uppehålla en god livskvalité (Cook et.al, 1999; Brummel-Smith et.al, 2002; Akbarzadeh & Jakobsson, 2007; Kunz et.al, 2009). Vid smärtskattning hos personer med sjukdomen demens är det av stor vikt att en grundlig demensutredning är utförd för att klargöra graden av demens som personen lider av för att kunna använda sig av rätt skattningsverktyg vid bedömningen (Rundgren & Dehlin, 2004).

Resultatet visar att det är möjligt med smärtskattning hos de dementa men det krävs dock kunskap, lyhördhet och tid. Det är viktigt att de som utför smärtskattningen, känner patienten eftersom tecken på smärta grundar sig på avvikelser utifrån det vanliga (Regnard et.al, 2007). Vid bedömning av smärtbeteenden är anhöriga ett stort stöd när dessa finns tillgängliga eftersom de har kännedom om hur patienten fungerade innan sjukdomen bröt ut. I Sjuksköterskans kompetensbeskrivning, Socialstyrelsen (2005), beskrivs att omvårdnaden skall ges utifrån ett holistiskt perspektiv där både människans fysiska och psykiska behov skall tillgodoses, och att man skall använda sig av närståendes kunskaper och erfarenheter. Detta stämmer väl överens med resultatet på redovisade artiklar.

De med sjukdomen demens tycks påverkas av smärta på annat sätt än de utan demens relaterat till deras kognitiva svikt. Det är av stor vikt att vid smärtbedömning hos dessa patienter att väga in så många komponenter som möjligt, för att täcka upp en helhetsbedömning (Kunz et.al, 2009). I en studie av Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) framkom beröring som ett lindrande verktyg mot smärta. Vårdare möter många svåra situationer i arbetet med personer med demenssjukdom. Dessa kan lida av smärta, dålig funktion i muskulaturen eller vara deprimerade, vilket styrker resultatet i denna studie. Demensvården präglas av empati, lugn och ro, vilket kan leda till att patienten inte blir av med sin smärta men det skapas ett välbefinnande som kan stärka smärtbehandlingen. Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet är något som kan användas för att ge lugn och ro och avslappning, som komplement till smärtlindring, för att skapa kontakt samt för att underlätta insomnande (Alexandersson, Dehlén, Johansson, Petersson & Langius, 2003). Allt detta visar på hur komplicerad omvårdnaden av de med sjukdomen demens kan vara, hur viktigt att skapa kontakt och förståelse för smärtproblematiken hos dessa patienter.



De med sjukdomen demens kan många gånger visa tecken på aggressivitet vilket kan visas som sparkar, knuffar, att de slåss eller nyper personalen (Lundell & Svensson, 2003; Kamel et.al, 2001). Författaren tolkar det som att patienten både kan uppleva smärta men många gånger kan patienten uppleva att personalen gjort ett intrång i det privata området. När deras verbala kommunikation är begränsad så är det ett sätt för dessa patienter att visa på sin autonomi. Graneheim, Norberg och Jansson (2001) skriver i sin studie om en kvinna med en svår demens som visade på ett sådant beteende och att förklaringen till detta beteende troligtvis berodde på att personalen gjorde ett intrång i kvinnans privata zon, detta belyser vikten av att en helhetsbedömning alltid måste göras. Tre sätt att använda vid tolkning av smärta framkom, att titta, att lyssna och att observera (Blomkvist & Hallberg, 2001). Regnard et.al, (2007) kom i sin studie fram till att smärtbeteenden kan vara tecken på att personen är orolig eller plågas av något annat än smärta. Och att stor vikt vid smärtbedömningen av äldre med demens läggs på att särskilja de olika beteendenas bakgrund för att inte ge smärtstillande vid eventuell ångest och på så sätt skapa ett falskt intryck av smärta. Vissa beteenden kan visa på annat än smärta då öppen mun eller mumling, rynkning av pannan eller annan blick i ögonen kan vara personens naturliga beteende som kommer med sjukdomen eller att det visar på annan sinnesstämning (Zwakhaleh m.fl 2007). Kroppsspråket har en betydande roll vid smärttolkning som kan uttryckas i många olika former. Många sjuksköterskor som arbetar med äldre med kognitiv svikt, läste av patienterna och kunde på så sätt tolka deras smärta.

Eftersom det är så många faktorer som bör vägas in i smärtbedömning hos personer med sjukdomen demens, kan smärtskattningen leda till att det blir en svår uppgift att utföra. I enlighet med ett flertal studier så framkommer det att smärtbedömningsverktygen bör vara enkla och att de även ska kunna användas vid intervjuer om det behövs. I resultatet i denna litteraturstudie redovisas nitton olika hjälpmedel för bedömning av smärta hos personer med sjukdomen demens, ett stort antal smärtbedömningsverktyg med olika upplägg och olika många delmoment, vilket kan leda till problem vid användandet av dessa. I demens vården behövs ett flexibelt tänkande och man får ta situationen som den är för dagen och vid behov byta bedömningsinstrument om patientens kognitiva svikt så kräver. Detta visar på att det är av stor vikt med utbildning och handledning av personal för att de ska känna sig trygga med smärtskattningen och kunna ge de med sjukdomen demens en tillförlitlig smärtskattning och en god vård.

Resultatet visar att forskning i olika länder kommit fram till i stort sett samma resultat vilket styrker trovärdigheten av resultatet i studierna. Den geografiska spridningen på inkluderade studier anser författaren vara relativt god artiklarna kommer från tolv länder, men de flesta kommer från USA. Några studier visade att smärta är vanligt förekommande hos äldre patienter med eller utan kognitiv svikt och oavsett ålder och kön (Feldts. 2000; Blomkvist & Hallberg 2001; Brummel-Smith et.al, 2002; Fisher. et.al, 2002; Mäntyselkä et.al, 2004; Horgas et.al, 2009).

### **4.3 Metoddiskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att svara på frågeställningarna: Vilka kriterier används/bedöms vid smärtskattning hos äldre personer som har diagnosen demens? Vilka särdrag i beteendet hos äldre med demens kan man härröra till smärta? samt Finns det några metoder/hjälpmiddel att använda för att skatta/bedöma smärta hos dementa?

Artiklar söktes i olika databaser för att finna material till denna litteraturstudie. De sökord som användes under litteratursökningen var assessment, behavior, cognitive impairment dementia, pain och non-verbal Dessa sökord söktes tillsammans i olika kombinationer. Sökningen gjordes som fri textsökning med nyckelord utifrån frågeställningarna och med booleska operatoren AND för att begränsa resultatet (Forsberg & Wengström, 2003).

Resultat av artikelsökningen och resultatet i studien kan ha blivit annat om författaren hade använt sig av andra booleska operatörer vid fritextsökningen.

Vid litteratursökningen hittades inte så många artiklar som motsvarade syfte och frågeställning, vid direkt sökning med sökorden. I stället gjordes en manuell sökning utifrån referenslistorna i sökta artiklar för att hitta relevanta artiklar för denna litteraturstudies syfte och frågeställning.

Urvalskriterier till denna studie var att artiklarna skulle svara på syfte och frågeställning. Och att artiklarna skulle vara skrivna på Engelska eller Svenska. Materialet visade på relativ hög kvalitet vilket gav ett trovärdigt resultat.

En svaghet men studien var språket. Eftersom engelskan inte är modersmålet för författaren kan misstolkningar ha gjort att viktig fakta inte har kommit fram eller blivit fel redovisade.

#### **4.4 Förslag till fortsatt forskning.**

Äldre med demens är en utsatt och sårbar patientgrupp som behöver god omvårdnad och kompetenta vårdare för att garanteras den vård som är beskriven i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Alla smärtbeteenden är inte specifika till smärta vilket visar på behovet av ytterligare forskning för att särskilja olika beteendeförändringar och kanske på så sätt komma en bit på väg med att lösa mysteriet med demens och smärta. Fortsatt forskning behövs för att fastställa ett enkelt smärtskattningsverktyg som lätt kan användas inom den dagliga omvårdnaden hos de äldre med diagnosen demenssjukdom som upplever smärta samt för att styrka reabilitet och validitet hos dessa instrument. Arbetet med att få fram en behandlingsrekommendation gällande smärtskattning och smärtbehandling för de personer som diagnostiseras med demens bör fortgå samt att skapa förståelse för denna viktiga omvårdnadsåtgärd för att kunna skapa förutsättningar för att ge de äldre med sjukdomen demens en god vård och god livskvalité.

Ett förslag på vidare forskning är att se om genusperspektivet har någon inverkan på hur smärtbedömningarna utförs, personalens syn på hur vi ska/bör reagera på smärta. Bedömer vi som personal smärta olika hos kvinnor/män, har vi förutfattade meningar om hur vi upplever smärta, får kvinnor/män olika behandlingar vid smärta.

Under utbildningen har författaren haft kontakt med en sjuksköterska som arbetar på ett demensboende i Stockholm, där man har försökt att minska och ta bort lugnande mediciner. De har lyckats med att ta bort all stående ordination på lugnande mediciner på en avdelning genom att systematiskt smärtskatta sina patienter med diagnosen demens och gett dem smärtlindring när det har varit befogat, endast några av patienterna har kvar lugnade medicin som vid behovs medicin. Ingen dokumentation har gjorts av deras fynd så därför vore det av intresse att göra en forskning inom detta område för att se om patienter med sjukdomen demens är under- behandlad eller felbehandlad när det gäller smärta och oro. I en studie framkom det att smärtbeteenden kan vara tecken på att personen är orolig eller plågas av något annat än smärta. Stor vikt vid smärtbedömningen av äldre med demens läggs vid bedömningar för att särskilja de olika beteendenas bakgrund för att inte ge smärtstillande vid eventuell ångest och på så sätt skapa ett falskt intryck av smärta (Regnard et.al, 2007). Viktiga synpunkter att ha med sig i en eventuell forskning om relationen smärta och oro.

#### **4.5 Slutsats**

Kliniska implikationer.

Författaren till denna studie vill försöka belysa problemet med smärtskattning i omvårdnaden av personer med sjukdomen demens. Och att klargöra vilka hjälpmedel som finns att tillgå. Eftersom det i studien redovisas 19 olika smärtbedömningsinstrument är det svårt att i nuläget kunna rekommendera vilket instrument som fungerar bäst. Men vid tolkning av resultaten i artiklarna så framkommer det att FPS och MPAC verkar vara de självskattnings-instrument som fungerar bäst hos personer med sjukdomen demens. PACSLAC var omtyckt av personalen därför att den var mest användbar i kliniska arbetet i jämförelse mellan skalorna PAINAD, PACSLAC och Doloplus-2. Och att användandet av VAS skalan vid smärtskattning hos personer med sjukdomen demens inte var så lyckat relaterat till att dessa personer har svårigheter med abstrakt tänkande.

Författaren hoppas att läsare till denna studie skall kunna få vägledning i funktionen hos ett flertal smärtskattningsinstrument, och att det ska väcka eftertanke på det komplexa arbetet med smärta hos personer med sjukdomen demens. Även att det ska leda till att väcka intresse i detta viktiga och intressanta ämne.

## 5. Referenser

- Akbarzadeh, M. & Jakobsson, U.(2007). Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter – en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2 *Vård i Norden No. 86, Vol. 27. pages 26 – 31.*
- Alexandersson, M., Dehlén, C., Johansson, I., Petersson, I. & Langius, A. (2003). Taktill massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden. Vol. 23. pages 27 – 30.*
- 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 Nursing Studies. Vol. 38. pages 305-318.*
- Brummel-Smith, K., London, M.R., Drew, N., Krulewitch, H., Singer, C. & Hanson, L. (2002). Outcomes of Pain in Frail Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 50, pages 1847-1851.*
- Cervo, F.A., Raggi, R.P., Bright-Long, L.E., Wright, W.K., Rows, G., Torres, A.E., et al. (2007). Use of the Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT) in Nursing Home Residents with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Vol. 22, pages 112-119.*
- Cipher, D.J. & Clifford, P.A. (2004). Dementia, pain, depression, behavioral disturbances and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *International Journal of Geriatrics Psychiatry. Vol. 19, pages 741-748.*
- Cohen-Mansfield, J. & Lipson, S. (2002). Pain in cognitively impaired nursing Home Residents: How Well Are Physicians Diagnosing It? *Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 50, pages 1039-1044.*
- Cook, A., Niven, C. & Downs, M. (1999). Assessing the pain of people with cognitive impairment. *International Journal of geriatric psychiatry. Vol. 14, pages 421-425.*

- Costardi, D., Rozzini, L., Costanzi, C., Ghianda, D., Franzoni, S., Padovani, A., et al. (2007). The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of gerontology and geriatrics*. Vol. 44, pages 175 – 180.
- Edvardsson, D., Katz, B & Nay, R. (2008). Innovation in Aged Care. *Australian Journal of Ageing*. Vol. 27, pages 93-96.
- Edvardsson, J.D., Sandman, P.O. & Rasmussen, B.H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of clinical Nursing*. Vol. 12, pages 601 – 609.
- Feldt, K.S. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*. Vol. 1, 1, pages 13-21.
- Ferrel, B.A., Ferrel, B.R. & Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of pain symptom management*. Vol. 10, pages 591 – 598.
- Fisher, S.E., Burgio, L.D., Thorn, B.E., Allen-Burge, R., Gerstle, J., Roth, DL. et al. (2002). Pain Assessment and Management in Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Association Nursing Assistant Pain Report, Minimum Data Set Pain Report, and Analgesic Medication Use. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 50, pages 152-156.
- Forsberg, C. & Wengström, Y.(2003) *Att görs systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Frampton, M.(2003). Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing*. Vol. 32, pages 248-251
- Fries, B.E., Simon, S.E., Morris, J., Flodstrom, C. & Bookstein, L. (2001). Pain in U.S. Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist*. Vol. 41, No 2, pages 173-179.

- Graneheim, U.H., Norberg, A. & Jansson, L.(2001) Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and behavioural disturbances, and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 36, No 2, pages 256 – 265.
- Horgas, A.L., Nichols, A.L. & Vietes, K. (2007). Assessment Pain in Persons with Dementia: Relationships among the Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument, Self-report and Behavioral Observations. *Pain Management Nursing*. Vol. 8, No 2, pages 77-85.
- Horgas, A.L., Elliott, A. F. & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between Self-Report and Behavioral Observation. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol.57. pages 126-132.
- Hsu, K.T., Shuman, S.K., Hamamoto, D.T., Hodges, J.S. & Feldt, K.S. (2007). The application of facial expression to the assessments of orofacial pain in cognitively impaired older adults. *The journal of the American dental association*. Vol. 138, pages 963-969.
- Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B. & Ljunggren, A.E. (2009). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 23, pages 180-189.
- Hutchison, R.W., Tucker, W.F., Kim, S. & Gilders, R. (2006). Evaluation of a Behavioral Assessment Tool For the Individual Unable to Self-report Pain. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 23, pages 328-331.
- Hölen, J.C., Saltvedt, I., Fayers,P.M., Hjermstad, M.J., Loge, J.H. & Kaasa S. (2007). Doloplus-2a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatrics*. Published online 2007. December 19.doi: 10.1186/1471-2318-7-29.
- IASP (1986), “Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage” recommended by the International Association for the Study of Pain (IASP), *Pain* 3 (suppl.): 216–221.

- Irvin, S.A., Zurhellen, C.H., Diamond, L.C., Dunn, L.B., Palmer, B.W., Jeste, D.V et al (2008). Unrecognised cognitive impairment in hospice patients: a Pilot study. *Palliative Medicine*. Vol. 22, pages 842-847.
- Kaasalainen, A. & Crook, J (2004). An exploration of seniors' ability to report pain. *Clinical Nursing Research*. Vol. 14. No 3. pages 199-215.
- Kamel, H.K., Phlavan, M., Malekgoudarzi, B., Gogl, P. & Morley, J.E. (2001). Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of pain and symptom management*. Vol. 21 No6. pages 450-455.
- Kovach, C.R., Weissman, D.E., Griffie, J., Matson, S. & Muchka S. (1999). Assessment and Treatment of Discomfort for people with Late-Stage Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 18, No 6. pages 412-419.
- Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K & Lautenbacher, S. (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain*. Vol. 13, pages 317- 325.
- Leong, I.Y.O., Chong, M.S. & Gibson, S.J. (2006). The use of a self-report pain measure, a Nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. *Age and Ageing*. Vol. 35, No. 3, pages 252-256.
- Lundell, S. & Svensson, K. (2003). Hur demenssjukas smärta kan tolkas. *Vård i Norden*. Vol.23, No. 2, pages 43-45.
- Mahoney, A.E.J. & Peters, L. (2008). The Mahoney pain Scale and Agitation in Advanced Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Vol. 23, pages 250- 261.



- Manz, B.D., Mosier, R., Nusser-Gerlach, M.A., Bergstrom, N. & Agrawal, S. (2000). Pain Assessment in the Cognitively Impaired and Unimpaired Elderly. *Pain Management Nursing*. Vol. 1, No 4, pages 106-115.
- Morrison, R, S. & Siu, A.I. (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitive intact patients with hip fracture. *Journal of pain and symptom Management*. Vol.19, no 4 pages 240 – 248.
- Mäntyselkä, P., Hartikainen, S., Louhivuori-Laako, K. & Sulkava,R. (2004). Effects of Dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age and Ageing*. Vol. 33, pages 496-499.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Edmond, H., Le Lous, P., Samaras, D et al. (2006). *Journal Of the American Geriatrics Society*. Vol. 54, pages 1040-1045.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research, Generating And Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radbruch, L.R., Sabatowski, R., Loick, G., Jonen-Thielmann, I., Kasper, M., Gondek, B et al. (2000). Cognitive impairment and its influence on pain and symptom assessment in a palliative care unit: development of a Minimal Documentation System. *Palliative Medicine*. Vol. 14, pages 266-276.
- Regnard, C., Reynold, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L. & Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 51, no 4. pages 277-292.
- Rundgren, Å. & Dehlin O. (2004) *Äldresjukvård, Medicinsk äldresjukvård av multisyka patienter*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, L. & Woods, S. red (2003). *God palliative vård – etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

- Scherder, E. & Van Manen, F. (2005). Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants' and patients' evaluations. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 52, no 2. pages 151-158.
- Shega, J.W., Rudy, T., Keefe, F.J., Perri, L.C., Mengin, O.T. & Weiner, D.K. (2008). Validity of Pain Behaviors in Persons with Mild to Moderate Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 56. pages 1631-1637.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnr 2005-105-1. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-202AA%20F01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen
- SFS 1998:531: *Lagen om yrkesverksamhet*. Stockholm: Riksdagen
- Tsai, P.F. & Richards, K. (2006). Using an osteoarthritis-specific pain measure in elders With Cognitive impairment: a pilot study. *Journal of Nursing Management*. Vol. 14, pages 90- 95.
- Wahlund, L.O. (2006). *Praktisk Geriatrik*. Stockholm: Liber.
- Werner, M. & Strang, P. (2005) *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Berger, M.P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools. *Bio Medical Central Geriatrics* Vol. 6:3, pages 1471-2318.
- Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H. & Berger M.P. (2006). The psychometric quality and Clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. Vol. 126, pages 210-220.

Zwakhale, S.M.G., Hamers, J.P.H. & Berger, M.P. (2007). Improving the clinical of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 58(5), pages 493-502

## Bilaga 1.

Modifierad granskningsmall Kvantitativa studier enligt Forsberg & Wengström.

Fråga	Ja	Nej
Motsvarar titeln studiens innehåll?		
Återger abstrakt studiens innehåll?		
Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
Är studiens syfte tydligt formulerat?		
Är frågeformuleringarna tydligt formulerade?		
Är designen relevant utifrån syfte?		
Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
Är inklusionskriterierna relevanta?		
Finns exklusionskriterierna beskrivna?		
Är exklusionskriterierna relevanta?		
Är urvalsmetoden beskriven?		
Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
Finns populationen beskriven?		
Är populationen representativ för studiens syfte?		
Anges bortfallets storlek?		
Kan bortfallet accepteras?		
Anges var studien genomfördes?		
Anges när studien genomfördes?		
Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
Anges vilka mätmetoder som användes?		
Beskrivs studiens huvudresultat?		
Presenteras hur data bearbetas statistiskt och analyserats?		
Besvaras studiens frågeställning?		
Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa		

Maxpoäng: 29

## Bilaga2.

Modifierad granskningsmall Kvalitativa studier enligt Forsberg & Wengström.

Fråga	Ja	Nej
Motsvarar titeln studiens innehåll?		
Återger abstrakt studiens innehåll?		
Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
Är studiens syfte tydligt beskrivet?		
Är den kvalitativa metoden beskriven?		
Är designen relevant utifrån syftet?		
Finns inklusionskriterier beskrivna?		
Är Inklusionskriterierna relevanta?		
Finns exklusionskriterier beskrivna?		
Är exklusionskriterierna relevanta?		
Är urvalsmetoden beskriven?		
Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
Anges var studien genomfördes?		
Anges när studien genomfördes?		
Anges vald datainsamlingsmetod?		
Är data systematiskt insamlade?		
Presenteras hur data analyserats?		
Är resultatet trovärdigt beskrivna?		
Besvaras studiens syfte?		
Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa		

Maxpoäng: 25

## Bilaga 3

**Tabell 2.** Artiklar i resultatet

Författare + publ.år.	Titel	Design	Unders.grupp	Datansamlings- metod	Dataanalysmetod
Blomkvist,K and Hallberg,IR.2001. Sweden.	Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults.	Kvalitativ och Kvantitativ design.	56 patienter med eller utan kognitiv svikt samt deras kontaktpersoner	Öppna intervjuer med frågeformulär.	Innehållsanalys för att få fram kategorier och subkategorier, därefter en kvantitativ analys.
Brummel-Smith, K, London, MR, Drew, N.Krulewitsch, H. Singer , C and Hanson, L. 2002. USA.	Outcomes of pain in frail older adults dementia	Kvalitativ design	154 patienter med nedsatt kognitiv förmåga som hade smärta. Samt en jämförelsegrupp på 251 patienter som inte hade diagnosen demens.	En retrospektiv översyn av en cohort - observationsstudie.	SPSS, Chi-två och T-test.
Cervo, FA, Raggi, RP, Bright-Long, LE, Wright, WK, Rows, G.Torres ,AE. et al.2007. USA.	Use of the certified nursing assisstant Pain assessment tool (CPAT) in nursing home residents with dementia.	Kvalitativ design.	105 patienter från 2 vårdhem	Kliniska observationer	Beskrivande statistik, T-test, Wilcoxon signed ranked test
Cohen-Mansfield, and J. Lipson, S. 2002. USA.	Pain in cognitively impaired nursing home residents: How well are physicians diagnosing it?	Kvantitativ design	79 patienter varav 31 med kognitiv svikt och 48 med svår kognitiv svikt	Självskattnings-skalar + journalgranskning, kliniska bedömningar, blodprover och en fysisk undersökning, medicinsk diagnos.	Tvårsnittsanalys
Costardi, D, Rozzini, L, Costanzi, C, Ghianda, D, Franzoni, S, Padovani, S. et al. 2007. Italien.	The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale.	Kvalitativ design	20 patientar med mild demens och med kronisk smärta.	En expert utförde en bedömning av smärta med hjälp av PAINAD, sedan intervjuades patienterna och de fick uppskatta sin smärta från ingen till svår smärta.	SPSS, Pearson correlation, Cronbach's coefficient alfa.
Feldt, KS . 2000. USA.	The Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI).	Kvalitativ design.	88 patienter med höft fraktur varav 53 st hade kognitiv svikt	Kliniska observationer och intervjuer.	SPSS, KR-20,= Kuder-Richardson 20, alfa.

Författare + publ.år.	Titel	Design	Unders.grupp	Datansamlingsmetod	Dataanalysmetod
Fisher, SE, Burgio, LD, Thom, BE, Allen-Burge, R, Gerstle, J, Roth, DL. et al. 2002. USA.	Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults.	Kvalitativ design	57 patienter med kognitiv svikt boende på vårdhem	Korrelations studie	Spearman rank-order.
Fries, BE, Simon, SE, Morris, J, Flodström, C, and Bookstein, L. 2001. USA.	Outcomes of pain in frail older adults dementia.	Kvalitativ design	95 postakuta patienter boende på ett äldreboende.	Observationsstudie + frågor	Chi-två test
Horgas, AL, Nichols, AU, and Vietes, K. 2007. USA.	Use of the certified nursing assistant Pain assessment tool (CPAT) in nursing home residents with dementia.	Kvalitativ design	40 patienter varav 20 med kognitiv svikt och 20 utan kognitiv svikt.	Intervjustudie och videoupptagning	SPSS, Beskrivande statistik.
Horgas, Elliott and Marsiske. 2009. USA.	Pain in the cognitively impaired nursing home residents: How well are physicians diagnosing it?	Kvalitativ design	126 äldre varav 62 med kognitiv svikt och 64 utan kognitiv svikt.	Korrelations-studie.	Chi-två och t-test
Hsu, KT, Shuman, SK, Hamaroto, DT, Hodges, JS, and Feldt, KS. 2007. USA:	The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale.	Kvantitativ design	22 äldre personer varav 10 med kognitiv svikt	Prospektiv jämförelsestudie.	Anova, Pearson correlation.
Hutchison, RW, Tucker, W, Kim, S, and Gilder, R. 2006. USA.	The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI).	Kvalitativ design	Kvalitativ design 53 patienter med kognitiv svikt samt en kontrollgrupp bestående av 27 äldre utan kognitiv svikt.	Observationsstudier	Mann-Whitney

<b>Författare + publ.år.</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Unders.grupp</b>	<b>Datansamlings- metod</b>	<b>Dataanalysmetod</b>
Husebo, BS, Strand, LI, Moe-Nilsson, R. Husebo, SB, and Ljunggren, AE. 2009. Norge.	Pain behavior and pain intensity in older persons with severe dementia: Reliability of MOBID pain scale by video uptake.	Kvalitativ design	26 patienter med svår demens.	Kliniska studier med video inspelning.	Kappa. Icke parametriskt Wilcoxon rank test. Cronbach alfa . Spearman. SPSS.
Hölen, JC, Sattvedt, I, Fayers, PM, Hjermsatdt, MJ, Loge, JH, and Kaasa, S. 2007. Norge.	Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment.	Kvalitativ design	73 patienter varav 51 st boende på ett äldre boende och 22 st från en geriatrisk sjukhusavdelning alla med kognitiv svikt	Kliniska studier. Varje patient var bedömd av en smärt expert., bedömning gjordes utifrån medicinsk journal och rapport från sjuksköterskor och från patienter när det var möjligt.	SPSS, Univariate regressionsanalys, R-squared.
Kaasalaine, S. and Crook, J. 2004.	An exploration of seniors' ability to report pain.	Kvantitativ design	130 personer varav 20 utan kognitiv svikt övriga med varierande grad av kognitiv svikt.	Jämförande, descriptive design, skattningsinstrument.	Deskriptiv analys.
Kamel, HK, Phlavan, M, Malekgoudarzi, B, Gogel, P, and Morley, JE. 2001. USA.	Utilizing assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly home residents.	Kvalitativ design	305 stycken äldre	Kliniska studier, cross-sectional.	T-test.
Kovach, C, Weissman, D, Griffie, J, Matson, S and Muchas, S. 1999. USA.	Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia.	Kvalitativ design	104 patienter med varierande kognitiv status.	Kliniska studier och sjuksköterskor samlade in fakta med hjälp av ADD protokoll	Beskrivande statistik, T-test, cronbach´s alpha.
Kunz, M, Mylius, V, Scharmann, S, Schepelman, K, and Lautenbacher, S. 2009. Tyskland.	Influence of dementia on multiple components on pain.	Kvalitativ design	35 dementa äldre och 46 äldre utan kognitiv svikt.	Kliniska studier, videofilmning	T-test, korrelations analys



Författare + publ.år.	Titel	Design	Unders.grupp	Datansamlingsmetod	Dataanalysmetod
Leong, I. Chong, M. and Gibson, S. 2006. Singapore.	The use of a self-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study.	Kvalitativ design	88 patienter boende på ett vårdhem, med måttlig eller svår demens som diagnostiserats av en geriatriker .	Kliniska studier, sjuksköterskor bedömde patienternas smärta utifrån skattningsskalor.	Kendall statistik
Lundell, S. and Svensson, K. 2003. Sverige.	Hur demenssjukas smärta kan tolkas.	Kvalitativ design	8 st sjuk-sköterskor, 8 st undersköterskor och 4 anhöriga slumpvis utvalda.	Halv strukturerade intervjuer med vårdpersonal.	Utskrift av intervjuerna och sedan bearbetades dessa kvalitativt.
Mahoney, AEJ. Psych, D. and Peters, L. 2008. Australien.	The Mahoney pain scale: Examining pain and agitation in advanced dementia.	Kvalitativ design	112 personer från 16 vårdhem	Sjuksköterskor bedömde patienterna utifrån dagliga aktiviteterI + intervjuer	Anova
Manz, B. Mosier, R. Nusser-Gerlach, M. Bergström, N. and Agrawal, S. 2000. Canada.	Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly.	Kvalitativ och kvantitativ design	100 patienter varav 64 med kognitiv svikt I olika grader och 36 utan kognitiv svikt.	Intervjuer genomfördes för att bedöma smärtan. Även en bedömning av den kognitiva statusen utfördes.	Roc-kurvor
Mäntyselkä, P. Hartikainen, S. Louhivouri-Laako, K. and Sulkava, R. 2004. Finland.	Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a populationbased study.	Kvalitativ design	523 äldre personer som bor hemma varav 75 var dementa och 446 icke dementa	Strukturerade kliniska - undersökningar och intervjuer	Chi två analyser.
Pautex, S. Michon, A. Guedira, M. Edmond, H. Le Lous, P. Samaras, D. et al. 2006. Schweiz.	Pain in severe dementia: Selfassessment or observational scales?	Kvantitativ design	129 svårt demenssjuka patienter	Prospektiv kliniska studier	Wilcoxon analys. Chi-square, Kruskal Wallis, Kappa.

Författare + publ.år.	Titel	Design	Unders.grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalysmetod
Radbruch, L. Sabtowski, R. Loick, G. Jonen-Thielemann, J. Kasper, M. Gondek, B. et al. 2000. Tyskland.	Cognitive impairment and its influence on pain symptom assessment in a palliative care units: development of a Minimal documentation system.	Kvalitativ design	108 patienter	Skattningsinstrument	Spearman's correlations analys
Regnard, C. Reynolds, J. Watson, B. Matthews, D. Gibson, L. and Clarke, C. 2007. England.	Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing And assessing the Disability distress assessment tool (DISDAT).	Kvalitativ och kvantitativ design	18 patienter och 16 personal.	Semi-strukturerade intervjuer, och observationsstudier av patienterna.	Deskriptiv analys.
Scherder, E. and Van Manen, F. 2004. Nederländerna.	Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants and patients evaluations.	Kvalitativ design	Äldre med artros/osteoporose oporos, 20 med Alzheimers och 17 utan demens och deras personal.	Fallstudier och intervjuer	SPSS, Anova och Mann-Whitney T-test.
Shega, JW. Rudy, T. Keefe, FJ. Ferri, LC. Mengin, OT. and Weiner, DK. 2008. USA.	Validity of pain behaviors in persons with mild to moderate cognitive impairment.	Kvalitativ design	77 personer varav 37 utan kognitiv svikt och 40 med kognitiv svikt med eller utan kronisk rygg smärta	Prospektiv observations studie	Manova, Anova och Systat
Tsai, PF. and Richards, K. 2006.USA.	Using an osteoarthritis specific pain measure in elders with cognitive impairment: a pilot study.	Kvalitativ design	11 äldre med kognitiv svikt och sjuksköterskor	Intervjuer och kliniska observationer	Spearman correlation.

<b>Författare + publ.år.</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Unders.grupp</b>	<b>Datansamlings- metod</b>	<b>Dataanalysmetod</b>
Zwakhalen, SMG. Halmers, JPH and Berger, MP. 2006 . Nederländerna.	The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly with dementia.	Kvalitativ design	144 patienter, varav 128 va dementa och 16 somatiskt sjuka äldre	Klimiska observationer	Cronbach alfa. Beskrivande statistik, Cronbach 's alpha correlation, Pearsons .
Zwakhalen, SMG. Hammers, JPH. and Berger, MP. 2007. Tyskland.	Improving the clinical usefulness of a behavioral pain scale For older people with dementia.	Kvalitativ design	128 patienter	Klimiska observationer	SPSS, Beskrivande statistik PCA = första komponents analys, Cronbach 's alfa.

## Bilaga 4

### Tabell 3 Resultatredovisning

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Blomkvist,K and Hallberg;IR. 2001. Sverige.	Att belysa hur sjuksköterskor och äldre vuxna identifierar symtom på smärta. Samt att jämföra sjuksköterskors smärtskattning hos äldre med eller utan kognitiv svikt.	Studien visade på att smärta var vanligt förekommande hos äldre patienter med eller utan kognitiv svikt. Sjuksköterskor underskattar äldres smärta 24 av 42 med kognitiv svikt bedömdes ha ont varje dag. Sjuksköterskor som arbetade med äldre med kognitiv svikt läste av kroppsspråket och ansåg sig kunna se om den äldre hade smärta. Både de äldre och sjuksköterskorna var eniga om att språket var mest användbart vid smärtbedömning.	22/25 26/29
Brummel-Smith,K. London,MR. Drew, N. Krulewitch, H. Singer,C and Hansson L. 2002 USA:	Att beskriva resultatet av smärta hos kognitivt nedsatta äldre vuxna i ett program (PACE) och att fastställa om smärta, psykotropa droger, beteendemässiga störningar, inläggning på sjukhus, akutinläggningar eller dödlighet ökar med graden av smärt rapporter.	Studien visade på att ingen skillnad förelåg gällande ålder, kön, beteende, medicinskbehandling eller dödlighet i jämförelse med smärta eller smärta och demens.	21/25
Cervo, FA. Raggi, RP. Bright-Long, LE. Wright, WK. Rows, G. Torres, AE. Et al. 2007. USA.	Eftersträvande att utveckla ett smärtskattningsverktyg som skulle kunna vara användbart av (CNA) undersköterskor, leda till en tidigare upptäckt och behandling av smärta hos dementa boende på vårdhem. Även att undersöka om användningen av sådana verktyg leder till förbättring i funktion eller beteende hos dessa patienter.	Resultatet visade på ingen signifikant skillnad mellan dag och kvälls observationer kunde påvisas. Ingen signifikant förändring kunde påvisas i de boendes funktion, beteende eller medicinering.	20/25
Cohen-Mansfield, J. and Lipson, S. 2002. USA.	Att värdera reabilitet och validitet av geriatrikers smärtskattning hos patienter med kognitiv svikt i jämförelse med patienternas självskattning.	Resultatet visar att överensstämmelsen av smärtskattning var signifikant god vid mild kognitiv svikt men lägre överensstämmelse hos de med svår kognitiv svikt.	22/29

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Costardi, D. Rozzini, L. Costanzi, C. Ghianda, D. Fransoni, S. Padovani, A. et al. 2007. Italien.	Syftet var med denna studie att värdera validiteten i PAINAD i en Italiensk version som ett tillförlitligt verktyg för smärtskattning hos dementa	Resultatet visade på acceptabel och medveten validitet av PAINAD i jämförelse med VAS.	19/25
Feldt, KS. 2000. USA.	Att med hjälp av (CNPI) ”Checklist of nonverbal pain indicators” Se om det fanns någon skillnad, vid bedömning hos äldre sjukhuspatienter med eller utan kognitiv svikt.	Ingen skillnad observerades i smärt beteendet hos patienter med eller utan kognitiv svikt.	19/25
Fisher, SE. Burgio, LD. Thorn, BE. Allen-Burge, R. Gerstle, J. Roth, DL. Et al 2002. USA:	Att undersöka sambandet mellan (CNA) Certified nursing assessment smärt rapport och (MDS) Minimum data set rapport och (PPQ) Proxy pain questionarie. Och analgetika användandet hos patienter med kognitiv svikt boende på vårdhem.	Kognitiv svikt var signifikant associerad med smärta vid användandet av PPQ men inte vid användandet av MDS. Sjuksköterskorna upplevde det att PPQ var mer finkänsligt vid bedömning av smärta än MDS.	19/25
Fries, BE. Simon, SE. Morris, J. Flodström, C. and Bookstein, L. 2001. USA	Att validera en smärtskala för Minimum Data Set (MDS) bedömningsinstrument och undersöka förekomsten av smärta på större vårdhem	Vas skalan visade på en god validitet vid upptäckt av smärta. Rapport om smärta minskade med graden kognitiv svikt. Det visade på god överensstämmelse mellan MDS och VAS skalan.	22/25
Horgas, AL. Nichols, AL and Vietes, K. 2007. USA	Att värdera reabiliteten hos NOPAIN när det används av sjuksköterskor och att jämföra NOPAIN med självskattningsskalor och andra etablerade beteendebedömningskalor.	Resultatet visade på hög reabilitet på NOPAIN skalan och en signifikant överensstämmelse med självskattningsskalor och beteende skalor. Resultatet stöder reabilitet och validitet för NOPAIN mättningsverktyg, och föreslås att detta enkla verktyg är tillräckligt säkert för att mäta smärta hos äldre.	22/25
Horgas, AL. Elliott, AF. and Marsiske, M. 2009. USA.	Att undersöka förhållandet mellan självskattningsskalor och smärtbeteende hos äldre personer med kognitiv svikt och äldre utan kognitiv svikt med ihållande smärta.	66 % rapporterade regelbunden smärta. Personer med kognitiv svikt rapporterade mindre smärta än de utan kognitiv svikt efter rörelse men inte i vila. Smärtbeteenden skilde sig inte mellan grupperna.	24/29

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Hsu, KT. Shuman, SK. Hamaroto, DT. Hodges, JS. And Feldt, KS. 2007. USA.	Att värdera ansiktsuttryck som ett hjälpmedel till att identifiera mun och ansiktssmärta hos äldre med eller utan kognitiv svikt. Och att jämföra med andra tillgängliga smärtskattningsverktyg.	Resultatet visade på att medeltalet av påvisade ansiktsuttryck vid injektioner av smärtstillande var signifikant högre under premedicineringen hos de med kognitiv svikt. Det var även vanligare att de fick premedicinering.	19/25
Husebo, BS. Strand, LI. Moe-Nilsson, R. Husebo, SB. And Ljungren, AE. 2009. Norge.	Att undersöka inom och mellan vilka frekvenser reabilitet på smärtbeteende indikatorer som lindrar smärtintensiteten och den övergripande MOBID smärtpoängen.	Resultatet visade på att ansiktsuttryck var mest vanligt följt av näsrynknningar och försvar. Upprepade skattningar ökade antalet observationer av smärtbeteende, men förbättrade inte reabiliteten. MOBID smärtskala visade sig vara tillräckligt pålitlig för att kunna användas vid smärtskattning hos äldre med svår demens.	20/25
Hutchison, RW. Tucker, W. Kim, S and Gilder, R. 2006. USA.	Att fastställa huruvida användningen av kliniskt bruk av skattningsverktyg- PAINAD- kommer att förbättra förmågan att upptäcka smärta hos patienter som inte kan redogöra själv för sin smärta.	Opioider var signifikant mer använt och antalet rapporter av okänd smärta var signifikant lägre i gruppen som använde sig av PAINAD instrument I jämförelse med de som hade kognitiv svikt. Det fanns ingen skillnad i opioid framkallad skadliga reaktioner i någon av gruppen.	19/25
Hölen, JC. Sattvedt, I. Fayers, PM. Hjermsstadt, MJ. Loge, JH and Kaasa, S. 2007. Norge.	Att testa validitets kriterier för reabilitet för Doloplus-2 och att förklara syftet med validation av smärtbedömningsskalor för smärtbeteenden.	Det fanns inget samband mellan Doloplus-2 och experternas smärtbedömning. Resultatet visade också på att det är viktigt att man försöker använda sig av fler smärtbedömningsinstrument för att få en säker bedömning. Resultatet stöder inte validitet av Doloplus-2 i nuvarande version och studien anger att det krävs speciell färdighet vid användandet av Doloplus-2.	23/25
Kamel, HK. Phlavan, M. Malekgoudarzi, B. Gogel, P. and Morley, JE. 2001. USA.	Att jämföra funktionen mellan 3 smärtskattningsskalor, deras möjlighet att diagnostisera smärta hos äldre personer boende på vårdhem.	Användandet av de tre enkla smärtskattnings skalorna ökade frekvensen på upptäckt av smärta hos boende på vårdhem.	21/25

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Kaasalaine, S. and Crook, J 2004.	Att värdera förmågan hos en grupp äldre, boende på vårdhem om de kunde använda självskattningsskalor för att skatta sin smärta på ett exakt sätt.	Resultatet visade på att de utan kognitiv svikt och de med mild kognitiv svikt klarade av skattningsskalorna. Medan svårigheterna ökade med högre grad av kognitiv svikt.	23/29
Kovach, C. Weissman, D. Griffie, J. Matson, S. and Muchas, S. 1999. USA.	Att rapportera om användandet och utvärderingen av ADD-protokollet för att bedöma och behandla obehag hos personer med demens. ADD=Assessment of discomfort in dementia.	Användandet av ADD protokollet var associerat med en signifikant minskning av obehag. De högst frekventa beteendesymtomen associerades till obehag var kroppsspråket. Ledset ansiktsuttryck, irritation och verbala utbrott. ADD var associerat med signifikant ökning av ordinerade mediciner och icke-farmakologiska interventioner.	19/25
Kunz, M. Mylius, V. Scharman, S. Schepelman, K and Lautenbacher, S. 2009. Tyskland.	Att utföra och tillägga en beskrivning av inflytande hos dementa i smärt processen genom att värdera samverkan med multipla smärtkomponenter.	Resultatet visade på att förmågan att tillgodose självskattningsskalor var markant sämre hos de dementa patienterna.	21/25
Leong, I. Chong, M. and Gibson, S. 2006. Singapore.	Att fastställa validitet hos tre skattningsskalor och att fastställa en kategoriserad version av PAINAD.	Den skattade smärtan skiljer sig mellan patient och personal. Det beror enligt författarna troligtvis på att den självskattade smärtan som patienten rapporterar är beroende av patientens humör och ev. depressioner, kulturella aspekter och andra faktorer.	21/25
Lundell, S. and Svensson, K. 2003. Sverige.	Att genom vårdpersonalens tolkningar på smärta utforma ett enkelt instrument, som kan användas som hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt kunna tolka tecken och signaler som kan vara uttryck för smärta hos den dementa vårdtagaren	I Intervjuerna framkom att Vårdpersonalen har en stor tyst kunskap om smärta och hur den uttrycks hos demenssjuka, men att den är svår att formulera i ord. Vidare att man saknar systematik i kunskap vilket gör att smärta inte kan åtgärda smärta på ett systematiskt sätt.	19/25

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Mahoney, AEJ. and Peters, L. 2008. Australien.	Att skildra utvecklingen och värdering av smärtskattningsverktyg som syftar till att uppskatta komplikationer hos de med avancerad demens, så väl som tillförlitlighet, meningsfullhet och klinisk genomförbarhet.	MPS visade på tillräcklig reabilitet och inre följd av riktighet. Deltagarnas upplevelser av smärta och/eller agitation erhöll högre MPS poäng under motvilliga rörelser.	20/25
Manz, B. Moiser, R. Nusser-Gerlach, M. Bergström, N. and Agrawal, S. 2000. Canada.	Att redogöra om självskattningsskalor vid smärta kan användas för att kvantifiera smärta hos äldre med kognitiv svikt.	Resultatet visade på att de flesta äldre utan kognitiv svikt, de med måttlig svikt och även de med allvarlig demens är kapabla att använda självskattningsskalor när de skall klassificera sin smärta.	20/25 24/29
Mäntyselkä, P. Hartkainen, S. Louhivouri-Laako, K. and Sulkava, R. 2004. Finland.	Att analysera utbredningen av daglig smärta och användandet av analgetika hos äldre personer som bor hemma med eller utan demens diagnos.	Resultatet visade på att allmän förekomst av daglig smärta som hindrar aktivitet och smärta vid vila var signifikant lägre hos de dementa i jämförelse med de utan demens. Bland de dementa kunde 64 st svara på frågor om att de hade smärta, medan personalen uppskattade smärta i 11 fall. Utbredningen av smärta, daglig smärta, störande daglig smärta och daglig smärta vid vila hade låg signifikans bland äldre med demens.	19/25
Pautex, S. Michon, A. Guedira, M. Edmond, H. Le Lous, P. Samaras, D. et al. 2006. Schweiz.	Att utvärdera utförande av självskattningsskala hos svårt demens sjuka patienter på sjukhus och att jämföra den med observations data.	Resultatet visade att 61 % av de svårt dementa patienterna förstod att använda åtminstone en bedömningskala av de tre som ingick i studien. Förståelsen hos de dementa var signifikant bättre för ansiktsskalan och VRS (en 6 poäng verbal skala). Vårdpersonalen bör inte rutinmässigt använda observerande skattningsskalor på alla dementa eftersom många av dem är kapabla att "rapportera" sin smärta.	23/29



Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Radbruch, L. Sabtowski, R. Loick, G. Jonen-Thielemann, I. Kasper, M. Gondek; B. et al. 2000. Tyskland.	Att kombinera och minimera bördan för patienter och personal med tillräckligt informationsinnehåll i minimal dokumentation system (MIDOS) för smärta och symtomskattning i vården av palliativa patienter	Skattningsinstrument för patienter med avancerad sjukdom måste innehålla enkla frågor och vara möjliga att använda i en intervju. Majoriteten av patienterna föredrog verbala frågor vid skattning av sin smärtintensitet.	20/25
Regnard, C. Reynolds, J. Watson, B. Matthews, D. Gibson, L. and Clarke, C. 2007. England.	Att identifiera sorg och smärta och orsakerna till det. Och att skapa ett verktyg som skulle kunna förenkla mångfalden i kommunikationen av personalens observationer.	Resultatet visade att sorg och smärta inte hade samma betydelse bland personalen. Men det fanns en klar förståelse över att sorg inte kunde dölja smärta.	18/25 21/29
Sherder, E and Van Manen, F. 2004. Nederländerna.	Att undersöka frekvensen av överenskommelse mellan smärtuppfattningen av personalen och de äldre utan demens och patienter med Alzheimers sjukdom.	Alla personer utan demens förstod hur man använde smärtskattningsverktyget. De flesta personer med kognitiv svikt som deltog i undersökningen hade stora svårigheter med att uppfatta innebörden av CAS-skalan. FPS-skalan visade ett bättre resultat eftersom hälften av personerna med Alzheimerssjukdom uppfattade innebörden av detta mätinstrument. Författarna tolkade resultatet så som att de med Alzheimers upplevde mindre smärta och led mindre av den, än deltagarna utan demens. Personalen överskattade smärtan i alla fall hos de med Alzheimers.	22/25
Shega, JW. Rudy, T. Keefe, FJ. Perri, LC. Mengin, OT. and Weiner, DK. 2008. USA:	Att värdera validiteten hos traditionella smärtbeteende hos personer med eller utan kognitiv svikt med kronisk smärta i ryggen.	Resultatet visade på att personer med ryggsmärta med måttlig intensitet, oberoende av kognitiv status visade på en signifikant högre frekvens på smärtbeteenden t.ex. grimaser och skyddande rörelser. Personer med lindrig eller måttlig kognitiv svikt uppvisade signifikant högre frekvens på gnidande och skyddandes rörelser och en högre frekvens av att spänna sig oberoende av smärta, än personer utan kognitiv svikt.	22/25

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitetspoäng enligt granskningsmallar se bilaga Kvalitativ design max 25 poäng Kvantitativ design max 29 poäng
Tsai, PF. And Richards, K. 2006. USA.	Att undersöka användbarheten av WOMAC (Wester Ontario and McMaster Osteoarthritis Index Pain Scale) för mätning av smärta hos äldre med kognitiv svikt vid smärta i knä och höft.	Resultatet visar på evidens föreligger vid användandet av WOMAC skalan för att upptäcka smärta hos äldre med kognitiv svikt.	19/25
Zwakhalen, SMG. Halmers, JPH and Berger; MP. 2006. Nederländerna.	Att se vilka olika beteenden hos dementa personer som indikerar smärta genom att jämföra 3 smärtskattningsskalor. Samt att undersöka hur sjuksköterskor värderade mätskalor i klinisk mening?	Denna studie visade på validitet och reliabilitet hos tre smärtskattningsskalor för bedömning av dementa patienter. PAINAD, PACSLAC och Doloplus-2. Sjuksköterskorna värderade PACSLAC skalan högst och att den var mest användbar i kliniska arbetet.	20/25
Zwakhalen, SMG. Hammers, JPH. and Berger, MP. 2007: Tyskland.	Att genomföra en anpassning och översättning av PACSLAC-smärtskattningsskal för att värdera smärta hos dementa i Tyskland.	PACSLAC hade hög nivå av internationell överensstämmelse av skalan även för underskalor. Sociala, emotionella aspekter hade en betydande roll vid upptäckt av smärta.	22/25