



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Smärta hos personer med demens *Sjuksköterskans roll i smärthanteringen*

En litteraturstudie

Caroline Englund

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Kerstin Hedborg
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Syfte: Målet med studien var att beskriva sjuksköterskans kunskaper för att identifiera, bedöma och agera vid olika smärttillstånd hos personer med demenssjukdom. **Metod:** Litteraturstudie med deskriptiv design. Artikelsökningen skedde i databaserna PubMed och Cinahl vilket resulterade i 13 vetenskapliga artiklar som uppfyllde studiens inklusionskriterier. **Resultat:** Huvudresultatet var att sjuksköterskan kunde använda olika typer av beteendeskolor som smärtskattningsinstrument. Observerbara uttryck som indikerade smärta var: ansiktsuttryck, verbala uttryck, kroppsspråk, fysiologiska indikatorer och patientens sinnesstämning. Kunskaper som påverkade sjuksköterskans smärtbedömning och agerande vid smärthanteringen var: otillräckliga kunskaper i smärtfysiologi, smärtbedömning och smärtbehandling, tidigare erfarenheter, attityder, osäkerhet vid bedömning och samarbete kring patienten. **Slutsats:** För att tillgodose behovet av identifiering av smärta samt adekvat smärtlindring hos denna vävande grupp av personer med demenssjukdom krävdes det att sjuksköterskan hade en väl utvecklad kunskap och medvetenhet inom smärtområdet.

Nyckelord: demens, smärta, omvårdnad, hantering.

Abstract

Objective: The purpose of the study was to describe the knowledge necessary for nurses in order to be able to identify, assess and respond to various painful conditions affecting patients with dementia. **Method:** A literature review with a descriptive design. Articles were retrieved from the PubMed and Cinahl data bases and one article was found by manual search resulting in 13 scientific articles that met the inclusion criteria of the study. **Results:** The main result was that the nurse could use different types of behavioral scales as instruments for pain measurement. Observable expressions indicating pain were: facial expression, verbal expression, body language, physiological indicators and the patient's state of mind. Important factors influencing nurses' pain assessment and management were: knowledge in: pain physiology, pain assessment and pain management; own past experiences of pain; attitudes; professional uncertainty and ability to collaborate around the patient. **Conclusion:** In order to meet the need for identification of pain and adequate pain relief in this vulnerable group of patients, the nurse needs to be educated in the area of pain and have a high awareness of the problem

Keywords: dementia, pain, nursing, management.

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
1.1	Smärta.....	1
1.1.1	Definition av smärta.....	1
1.1.2	Smärtfysiologi.....	2
1.1.3	Olika typer av smärta.....	2
1.2	Smärtbedömning: en del av sjuksköterskans ansvarsområde.....	3
1.3	Demenssjukdom.....	4
1.3.1	Kognitiv funktion.....	5
1.3.2	Sjukdomsutredning.....	5
1.4	Kommunikation och smärtskattning.....	5
1.5	Teoretisk referensram.....	6
1.6	Problemformulering.....	7
1.7	Syfte.....	7
1.8	Frågeställningar.....	7
2	Metod.....	8
2.1	Design.....	8
2.2	Databas och sökord.....	8
2.3	Urval och urvalskriterier.....	8
2.4	Dataanalys.....	9
2.5	Forskningsetiska överväganden.....	9
3	Resultat.....	10
3.1	Identifiering och bedömning av smärta hos personer med demens.....	10
3.1.1	PACSLAC.....	10

3.1.2	PAINAID	10
3.1.3	Övriga beteendeskälor	11
3.1.4	Ansiktsuttryck	11
3.1.5	Verbala uttryck	12
3.1.6	Kroppsspråk	12
3.1.7	Fysiologiska indikatorer	13
3.1.8	Sinnesstämning	13
3.2	Hur sjuksköterskan agerar för att lindra smärta hos personer med demens	13
3.2.1	Kunskap, erfarenheter och attityder	13
3.2.2	Osäkerhet vid smärthantering	14
3.2.3	Samarbete kring patienten	15
3.3	Artiklarnas kvalitet avseende urval och bortfall	16
3.3.1	Kvalitativa artiklar	16
3.3.2	Kvantitativa artiklar	17
3.3.3	Kvalitativa och kvantitativa artiklar	17
4	Diskussion	18
4.1	Huvudresultat	18
4.2	Resultatdiskussion	18
4.3	Metoddiskussion	23
4.4	Allmän diskussion	24
4.4.1	Litteraturstudiens betydelse	25

4.4.2	Förslag till vidare forskning.....	25
4.5	Slutsats.....	25
5	Referenser.....	26

1 Introduktion

1.1 Smärta

Det normala åldrandet är en naturlig process som pågår kontinuerligt och kännetecknas av fysiologiska och psykologiska försämringar. De åldersrelaterade förändringarna innebär en ökad risk för flera sjukdomstillstånd och läkemedelsbiverkningar som kan medföra smärta och lidande (Larsson & Rundgren 2010). I takt med åldrandet och den ökade risken för smärtproblematik (Brattberg *et al.* 1996), föreligger även en ökad risk att drabbas av en demenssjukdom (Andersson *et al.* 2012). Vid demenssjukdom försämras personens kognitiva förmåga vilket innebär att personens sätt att kommunicera sin smärtproblematik försvåras (Eide & Eide 2009).

Den vanligaste orsaken till kontakt med hälso- och sjukvården är att patienten upplever någon form av smärta enligt folkhälsorapporten ifrån Socialstyrelsen (2009). Var femte svensk har visat sig ha någon form av långvarig smärta vilket innebär smärta i 3 månader eller längre (Magnusson & Mannheimer 2008). En studie har visat att i den äldre befolkningen i Sverige över 85 år har 68 % någon form av smärta och 47 % har multipla smärtor (Brattberg *et al.* 1996).

Smärta har olika karaktärer, orsaker och kvaliteter gemensamt för dess funktion är att smärtan fungerar som kroppens varningssignal och alarmerar om hotande skada eller sjukdom (Werner & Strang 2005).

1.1.1 Definition av smärta

International Association for the Study of Pain (IASP) är ett internationellt ledande forum för smärtiläkare där de enats om att definiera begreppet smärta:

"Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada" (IASP 1986).

Den internationella föreningen IASP vidareutvecklade begreppet smärta:

Oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter av vävnadsskada tidigt i livet" (IASP 1994).

1.1.2 Smärtfysiologi

Nociceptorer förekommer i kroppens vävnader och kallas även smärtreceptorer. Dessa registrerar information om den smärta som uppstår i hud, muskler, ben och ledhinnor. Det kan vara mekanisk skada, temperaturförändring och annan stimuli. De perifera nervfibrerna som är kopplade till nociceptorerna leder smärtimpulserna in till ryggmärgens bakhorn där det sker ett reflexmässigt svar. Impulserna leds upp till hjärnans omkopplingsstation, talamus och det limbiska systemet (Almås 2011). Vid akut smärta stimulerar impulsen hjärnstammen och hypotalamus som kan aktivera det autonoma nervsystemet. Det autonoma nervsystemet kan utlösa neuroendokrina stressreaktioner som höjer puls, blodtryck eller ge hjärtklappning och illamående (Werner & Strang 2005). Det finns två olika perifera nervfibrer: A-fibrer och C-fibrer. A-fibrer är tjocka myeliniserade och har en impulshastighet på 10-120 m/s. Dessa registrerar stickande smärta. C-fibrer är tunnare och leder smärtimpulser endast 1m/s. Dessa registrerar tryck eller klämskador och beskrivs på grund av sin låga hastighet som molande (Brattberg 1995). Genom att stimulera icke-nociceptiva fibrer som inte ger upphov till smärtsignaler kan man med hjälp av beröring som massage, TENS, vibration eller akupunktur konkurrera ut inkommande smärtimpuls. Detta kallas grindteorin (Werner & Strang 2005). Det finns även nedåtstigande bansystem som utgår från delar av hjärnan vars funktion är att hämma eller till och med att blockera en inkommande smärtimpuls totalt (Hægerstam 2007).

1.1.3 Olika typer av smärta

Det är viktigt att förstå smärtfysiologin för att kunna identifiera vad som orsakar obehag och ge adekvat behandling till patienten. Smärta kan indelas utifrån aspekterna: etiologi, intensitetsaspekt, tidsmässig aspekt och dess uppkomst. Utifrån den tidsmässiga aspekten förekommer, förutom långvarig smärta, även akut, övergående och genombrottssmärta (Werner & Strang 2005).

Inom den etiologiska indelningen förekommer nociceptiv smärta som den enskilt största gruppen. *Nociceptiv smärta* uppkommer på grund av skada somatiskt eller visceralt och återföljts nästan alltid av en inflammatorisk process. Refererad smärta innebär nociceptiv

smärta i kringliggande vävnader som orsakas visceralt. Exempelvis vid njurstensanfall kan patienten få ont i vävnader runt njuren eller vid hjärtinfarkt där smärta kan spridas upp i vänster arm eller upp mot halsen (Werner & Strang 2005). Den vanligaste nociceptiva smärtan hos äldre har visat sig vara smärta ifrån skelettmuskulaturen i höft, ben, knä och anklar (Brown *et al.* 2011). Smärta ifrån skelettmuskulaturen är den vanligaste nociceptiva smärtan bland äldre i Sverige och den är något vanligare hos äldre kvinnor än hos män. Denna smärta tenderar även att bli mer vanligt förekommande ifrån 50 år och uppåt (Brattberg *et al.* 1996). Vanligaste bidragande orsaken till smärta ifrån skelettmuskulaturen är osteoporos och artros. Av 215 deltagare på ett ålderdomshem svarade 77 procent på sin smärta associerad till skelettmuskulaturen (Decker *et al.* 2009).

Neurogen smärta även benämnd nervsmärta uppstår av skador på nervtrådar eller på grund av underliggande sjukdom som MS och diabetes. Denna form av smärta är även vanlig post-operativt och efter amputation då nerver vid ingrepp kan ta skada och leda till obehag långt efter ingreppet som fantomsmärtor. De vanligaste neurogena smärtorna som förekommer orsakas av diskbråck, diabetespolyneuropati samt post-stroke (Werner & Strang 2005) och i en studie om 72 personer som haft en stroke förekom i 11 procent av fallen centrala neurogena smärtor som en följd av sjukdomen (Bowsher 2001).

Psykogen smärta kan visa sig i form av spänningstillstånd som yttrar sig i ilska, apati, störda mat och sovvanor. Denna form av smärta orsakas av psykiska faktorer som exempelvis depression och ångest (Werner & Strang 2005).

Idiopatisk smärta har ett okänt ursprung och oklar orsak. Patienten med idiopatisk smärta upplever smärta i frånvaro av sjukdom, nervskada eller vävnadsskada (Werner & Strang 2005).

1.2 Smärtbedömning: en del av sjuksköterskans ansvarsområde

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor tydliggör sjuksköterskans unika funktion. De fyra grundläggande ansvarsområdena innefattar: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det primära ansvaret innebär god omvårdnad och stödja insatser som tillgodoser hälsa till, i synnerhet svaga befolkningsgruppers behov (ICN 2007). Sjuksköterskan har ett omfattande ansvar vad gäller smärtbedömning. Ansvaret omfattar informationsinsamling, observationer och kartläggning av patientens

smärtupplevelse till mål att lindra lidande. Förutom detta är det sjuksköterskans uppgift att läkemedel administreras och att icke- farmakologiska åtgärder tillämpas, samt att dessa utvärderas (Almås 2011).

1.3 Demenssjukdom

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för symtom som kan förekomma i olika varianter. Det finns cirka 70 demenssjukdomar varav den vanligast förekommande är Alzheimer. I Sverige lever ungefär 148 000 personer med demens (Socialstyrelsen 2010) varav 90 000 personer med diagnosen Alzheimer. Risken att insjukna ökar med åldern och nästan varannan person i Sverige mellan 85-95 år har diagnosen Alzheimer (Ekman *et al.* 2011). Att drabbas av en demenssjukdom före 65 år är ovanligt i Sverige och nästan hälften av alla personer som är 90 år har någon form av demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010).

Demenssjukdomarna delas in i grupper: primärdegenerativ demenssjukdom, vaskulär demenssjukdom och sekundär demenssjukdom (Ericson & Ericson 2008). Den gemensamma komponenten är att sjukdomen ger långvariga och omfattande kognitiva försämringar på grund av förändring i hjärnan (Socialstyrelsen 2010).

Vid demenssjukdom försämras de kognitiva förmågorna i en stadig takt och sjukdomen går i dagsläget inte att bota. Symtomen uppträder beroende på var förändringen i hjärnan startar (Armanius Björclin 2004). Orsaken till utvecklingen av Alzheimers sjukdom är ännu inte fullt klarlagd. Den nu rådande hypotesen är att sjukdomen orsakas av en onormal nedbrytning av proteinet amyloid. Proteinet som vanligtvis bryts ner och forslas bort, samlas istället och bildar plack som skadar nervcellerna i hjärnan. Dessa förändringar startar i mellersta tinningloberna, sprids över hela tinningloberna vidare till hjässloberna och sist till pannloberna (Ekman *et al.* 2011). De vaskulära demenssjukdomarna orsakar åderförkalkning i hjärnvävnaden i följd av infarkter och en blödning kan uppstå överallt i hjärnan (Armanius Björclin 2004). Sekundär demenssjukdom kan uppstå på grund av B12- brist (Ericson & Ericson 2008).

Tidiga symtom är att närminnet, episodiska minnet och förmågan att förstå hur olika föremål är placerade försämras (Ekman *et al.* 2011). Senare tecken innebär försämringar i språk, orientering, minnesförmåga, tidsuppfattning och förmåga till att ta svara på intryck som hunger eller toalettbesök (Armanius Björclin 2004). Det är mycket vanligt att personer med

demens drabbas av apati, sömnsvårigheter, dålig aptit, irritation, hallucinationer, (Baiyewu *et al.* 2012) depression, ilska och aggressivitet (Volicer *et al.* 2012).

Graden av demenssjukdom definieras utifrån olika svårighetsgrader beroende på kognitiv nedsättning. Vid mild grad klarar personen sig med lite hjälp ifrån hälso- och sjukvården. Vid måttlig grad krävs hjälp vid vardagliga ändamål. Vid svår grad behöver personen hjälp med i stort sett allt i det vardagliga livet (Socialstyrelsen 2010).

1.3.1 Kognitiv funktion

Kognitiv funktion innebär att kunna uppfatta, tolka och återge information samt att analysera och lösa problem. Graden av kognitiv förmåga definieras med hjälp av *Mini Mental Test* (MMT) även benämnd *Mini Mental State Examination* (MMSE) som är ett formulär vars funktion är att bedöma patientens kognitiva funktioner (Socialstyrelsen 2010).

1.3.2 Sjukdomsutredning

Tidiga tecken på kognitiva störningar är det som oftast leder till sjukdomsutredning eftersom personens livssituation blir ohållbar (Dubois *et al.* 2010). Varje år gör hälso- och sjukvården i Sverige 17 000 utredningar avseende demenssjukdom men idag utreds långt ifrån alla med misstänkt demenssjukdom. Efter diagnostisering kan personen leva i upp till 15 år (Socialstyrelsen 2010).

Vid misstanke om demenssjukdom sker en basal utredning som ska innefatta; sjukdomshistoria, intervjuer med anhöriga, MMT, blodprovtagning och datortomografi. Vid komplicerad symtombild ska en utvidgad utredning ske som innefattar neuropsykologisk utredning, hjärnabbildning med magnetkamera och provtagning av likvor (Socialstyrelsen 2010). Det finns olika kriterier för diagnos av demenssjukdomarna och de mest övergripande innebär att personen ska ha nedsatt kognitiv förmåga som nedsatt minne och minst en av störningar som: afasi, apraxi, agnosi eller svårigheter med att tänka abstrakt (Svenskt demenscentrum 2008).

1.4 Kommunikation och smärtskattning

Kommunikation är en förutsättning och viktigt grund i att bli förstådd och identifierad som patient med smärtproblematik och på så vis få möjligheter till god smärtlindring. Vid smärta

är personen med demens i en utsatt situation då de kognitiva nedsättningarna hindrar personen (Werner & Strang 2005). Det förekommer smärtskattningsinstrument som är endimensionella, multidimensionella och beteendeskalar (Vårdhandboken 2012).

De endimensionella smärtskattningsinstrumenten *Verbal Assessing Scale* (VAS) och *Numerical Rating Scale* (NRS) är vanligast förekommande och bygger på att patienten kan gradera sin smärta ifrån 0-10. Detta innebär att skalorna förlitar sig på patientens kognitiva förmåga. I en studie där en äldre befolkning >70 år fick gradera sin smärta med hjälp av NRS visade det sig att hälften uppgav att de hade smärta på fler än ett ställe. Studien visade även att ju äldre patienten var desto större sannolikhet fanns det för missförstånd och felaktig tolkning av skalan NRS (Wood *et al.* 2010).

Multidimensionella smärtskattningsinstrument tar inte bara hänsyn till smärtans intensitet utan även smärtans kvalitet. Beteendeskalar förekommer som alternativ till dessa verbala smärtskattningsinstrument (Vårdhandboken 2012).

1.5 Teoretisk referensram

Katie Eriksson är en finländsk sjuksköterska född på 40- talet mest känd för att utvecklat Hälsokorset och Hälsans dimensioner. Eriksson har utvecklat en teori om det mänskliga lidandet som en del av livet och att leva är att våga välja lidandet. Lidandet har ingen given bestämningsgrund utan är unik för varje människa. Det lidande personen upplever är subjektiv och ingen annan människa kan fullt ut begripa eller tolka detta (Eriksson 1994). Eriksson menar även att utebliven vård eller smärtlindring alltid innebär en kränkning av människans värdighet och är ett sätt att utöva makt över en maktlös (Eriksson 1985).

Det förekommer flera olika sorters lidande i alla människans val, i vardagen, i sociala sammanhang och vid sjukdom. Människors lidande förvandlas ofta till smärta och ångest som går att observeras. Däremot är lidande och smärta inte synonyma och kan förekomma utan varandra (Eriksson 1994).

I sin bok om vårdprocessen beskriver Eriksson patientanalysen i förhållande till sjuksköterskans motivation och varseblivningsprocess som en avgörande faktor i sjuksköterskans beslutsfattande. Varseblivning sker utifrån det perceptuella systemet som har i uppgift att registrera och reducera intryck i allt människan gör. Perception är något som sker

utefter vårdarens personliga referenser och tidigare upplevelser. Detta är människan omedveten om och det sker automatiskt. Att personligen vara medveten om vissa redan bestämda attityder gentemot problem är avgörande för hur man väljer att hantera situationer. Allra bäst är arbete i grupp för att öka objektiviteten och minska risken för eget subjektivt tyckande hos den enskilda vårdaren (Eriksson 1985).

1.6 Problemformulering

Risken att drabbas av Alzheimer och andra demenssjukdomar (Larsson & Rundgren 2010) ökar i takt med åldrandet (Ekman *et al.* 2011) och i framtiden kommer gruppen äldre att öka i samhället (Socialstyrelsen 2010). Denna grupp har även visat sig få mindre smärtlindring i förhållande till friska äldre (Morrison & Siu 2000). På grund av de kognitiva nedsättningarna vid demenssjukdom ökar risken att bli underbehandlad vid smärta eftersom smärtan behöver identifieras av någon (Werner & Strang 2005).

Att möta personer med kognitiva nedsättningar kan förekomma i många situationer i sjuksköterskans kliniska arbete och är därför viktigt att kunna hantera. Sjuksköterskans ansvar omfattar identifiering av patientens behov (Almås 2011) och är i synnerhet ansvarig över de svaga befolkningsgruppernas behov (ICN 2007). För att kunna tillämpa adekvat smärthantering krävs det att sjuksköterskan kan identifiera och bedöma smärtan (Peters *et al.* 2007). Att öka medvetenheten om detta omvårdnadsområde kan bidra till att minska risken för lidande i denna målgrupp.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans kunskaper för att identifiera, bedöma och agera vid olika smärttillstånd hos personer med demenssjukdom.

1.8 Frågeställningar

Hur identifierar och bedömer sjuksköterskan smärta hos personer med demenssjukdom?

Hur agerar sjuksköterskan för att lindra smärta hos personer med demenssjukdom?

Vilken kvalitet avseende urval och bortfall har de valda artiklarna?

2 Metod

2.1 Design

Litteraturstudie med deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

2.2 Databas och sökord

Artiklarna söktes i PubMed och Cinahl som är databaser för medicin- och omvårdnadsvetenskap. Samtliga termer lades in som MeSH- termer med booelska termen AND. De MeSH- sökord som användes tillsammans med huvudtermen *dementia* var: *pain*, *nursing* och *pain management*. En artikel inkluderades via manuell sökning. Utfallet av litteratursökningen redovisas i tabell 1 nedan.

2.3 Urval och urvalskriterier

Vid utfallet av sökningarna i PubMed och Cinahl begränsades utfallet avseende språk och årtal. Språket skulle innefatta engelska. Begränsningen av årtal innebar att artikeln skulle vara publicerad i databasen mellan år 2003- 2013. Artiklarna fick förekomma i både kvantitativ och kvalitativ ansats. Författaren läste igenom samtliga träffars titel för att överskådligt få en uppfattning om artikeln kunde svara på föreliggande studies syfte och frågeställningar. Sammanlagt lästes 178 abstract igenom för att få en uppfattning om studiernas innehåll. I artikelsökningen inkluderades 13 artiklar. En artikel beställdes genom Högskolan i Gävles bibliotek övriga fanns att tillgå i fulltext.

Tabell 1: Utfall av litteratursökning

Databas	Söktermer	Antal träffar	Antal lästa abstract	Valda källor (exkl. dubletter)
PubMed	"Dementia"[Mesh]	44544	0	0
PubMed	"Dementia" [MeSH] AND "Pain" [MeSH]	299	67	5

PubMed	((("Dementia"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])	29	5	1
Cinahl	MW Dementia	14478	0	0
Cinahl	MW Dementia AND Pain management	92	43	1
Cinahl	MW Dementia AND Pain AND Nursing	220	36	0
Cinahl	MW Dementia AND Pain Management AND Nursing	52	27	5
Manuell sökning i valda källors referenslistor	Relevans för syfte och frågeställningar.			1

2.4 Dataanalys

De inkluderade artiklarna skrevs ut och märktes med en siffra 1-13. Detta underlättade den systematiska granskningen då underkategorier senare skapades. Artiklarna bearbetades noggrant genom att läsas igenom flera gånger för att få en god förståelse och uppfattning om innehållet. I resultatdelen av artiklarna markerades relevant information som besvarade föreliggande studies syfte. Vilket resulterade i att tre huvudrubriker bildades utifrån denna studies frågeställningar. För att arbeta systematiskt söktes mönster i artiklarnas resultat som senare bildade underrubriker (Forsberg & Wengström 2003).

De studier som inkluderades bedömdes och undersöktes avseende kvalitet baserat på studiens urval och bortfall. Vid kvantitativ ansats granskade författaren urvalet, hur eventuellt bortfall diskuterats och bortfallsstorleken. Vid kvalitativ ansats granskades urvalets relevans för studien (Forsberg & Wengström 2003). Artikelpresentationen av resultatet presenteras i tabellform (Bilaga 1) samt i löpande text.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författaren tog enbart med artiklar som var kvalitetsgranskade och godkända av forskningsetiskt kommitté i denna studie (Forsberg & Wengström 2003). PubMed och Cinahl

är databaser för i huvudsak vetenskapliga tidskrifter vilket innebär att dessa är etiskt granskade innan publicering. Författaren förhöll sig objektivt till studiernas innehåll.

3 Resultat

Resultatet av denna litteraturstudie presenteras nedan under vardera rubriken som även är föreliggande studies frågeställningar.

3.1 Identifiering och bedömning av smärta hos personer med demens

Av de 13 granskade artiklarna hade åtta stycken (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Horgas *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos & Lix 2008, Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012, Monroe *et al.* 2012, Zwakhalen, Hof & Hamers 2012) innefattat en beteendeskala för smärtidentifiering hos personer med demens och kognitiv nedsättning i följd av sjukdomen.

3.1.1 PACSLAC

Tre artiklar innefattade beteendeskalan *Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) på engelska och nederländska (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008, Zwakhalen *et al.* 2012).

I en studie av Fuchs- Lacelle & Hadjistavropoulos (2004) utformades PACSLAC. Sjuksköterskor angav observerbara uttryck de ansåg var indikatorer på smärta hos personer med demens. Kategorierna som ansågs kunna indikera smärta var: ansiktsuttryck, kroppsrörelser, sociala och personliga indikatorer och fysiologiska indikatorer. En validitetsprövning visade att den totala signifikansen för skalan var $p < 0,001$ (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004). Användning av denna skala har i en experimentell studie av Fuchs-Lacelle *et al.* (2008) visat sig öka administreringen av behovsläkemedel avseende smärtlindring bland patienter med kognitiva nedsättningar.

3.1.2 PAINAID

Pain Assessment in Advanced Dementia scale (PAINAID) användes i två studier (Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012). Kategorierna som indikerade smärta var: andningens karaktär, muntliga uttryck som jämmer och stön, ansiktsuttryck som glatt, ledset eller rynkad panna,

kroppsspråk som avslappnad, stel eller slår ifrån och tröstbarhet. Med hjälp av denna skala uppmätte en studie smärta hos 13 av 79 patienter (Jordan *et al.* 2012) och hos 41 av 112 deltagare i en studie av Lin *et al.* (2011).

3.1.3 Övriga beteendeskalar

Mobilisation Observation Behaviour Intensity Dementia scale (MOBID) användes av Husebo *et al.* (2009) i en observationsstudie. Denna beteendeskala bestod i att patienten skulle utföra fem aktiva rörelser: öppna båda händerna, sträcka upp armarna i luften, böja på benen, vända sig i sängen och sitta på sängkanten. Kategorierna som indikerade smärta var: smärtljud, ansiktsuttryck och försvarande kroppsställning. Reliabiliteten och validiteten för skattningsskalan var hög.

En studie av Horgas *et al.* (2007) använde beteendeskalan *Non-communicative Patients Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN). Kategorierna som indikerade smärta var: smärtord, smärtljud, smärtminer, gnuggningar, stödjande och rastlöshet. Reliabiliteten och validiteten för skattningsskalan var hög.

Discomfort Behaviour Scale (DBS) utvecklades för att bedöma smärta hos kognitivt nedsatta personer och användes i en studie av Monroe *et al.* (2012). Skalan innehöll flera smärtindikerade observerbara beteenden som sömnstörningar, ledsamhet, orolighet, tårögd, tillbakadragen, minskad social aktivitet, aggressivitet eller rastlöshet.

3.1.4 Ansiktsuttryck

Smärtidentifiering utifrån patientens ansiktsuttryck beskrevs i flera studier (Fuchs- Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Closs *et al.* 2005, Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012). I studien av Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos (2004) uppgav 93 % av sjuksköterskorna att de uppmärksammade smärta på patientens ansiktsuttryck. Uttrycken beskrevs som: grimasering, bita ihop eller blotta tänderna, ryckningar, sorgsenhet, blanka ögon eller spänt ansikte. De mest observerbara smärtuttrycken i en studie av Husebo *et al.* (2009) var relaterade till ansiktsuttryck. Reliabiliteten för denna kategori var låg ($K=0,05-0,76$). De smärtrelaterade ansiktsuttrycken definierades som: grimasering, spänt mun och stängda ögon (Husebo *et al.* 2009). Grimasering, bister min och aggressivitet har i en observationsstudie av Jordan *et al.* (2012) uppfattats som smärta när personen på grund av att

han inte förstått instruktioner uttryckt rädsla och ilska. Patientkännedom var en förutsättning för att förstå bakomliggande orsaker i patientens reaktion (Jordan *et al.* 2012).

3.1.5 Verbala uttryck

Det andra mest observerbara smärtuttrycket hos patienterna i en studie av Husebo *et al.* (2009) var negativt verbala uttryck. Reliabilitet visade högsta värde för denna kategori ($K=0,44 -0,76$) i jämförelse med andra smärtuttryck. Dessa uttryck definierades som: skrik, grymtningar, stönanden, suckanden eller direkta uttalanden i att detta gör ont. Känslouttryck i form av ljud, suckanden och grymtningar var de näst vanligaste smärtuttrycken även i en studie av Horgas *et al.* (2007) med 43 % av 40 patienter. Sjuksköterskor i en kvalitativ studie (Chang *et al.* 2011) uppfattade också negativa verbala uttryck som tecken på smärta. I en studie av Kaasalainen *et al.* (2007) beskrev sjuksköterskorna att de observerade patientens förändringar i verbala uttryck och tolkade dessa individuella förändringar som smärta. Sjuksköterskorna beskrev att individuella tolkningar för var enskild patients uttryck var viktigt eftersom uttrycken kunde ha med depression, delirium eller själva sjukdomsutvecklingen att göra och inte smärta.

3.1.6 Kroppsspråk

Smärta registrerades hos 41 av 112 patienter i en studie av Lin *et al.* (2011) och av patienterna med smärta observerades 44 % (18) av dessa smärtuttryck vid assisterad förflyttning och kroppsrörelse. Antalet smärtindikatorer vid badning var 54 % (22). Av 40 deltagare i en studie av Horgas *et al.* (2007) uttryckte 90 % smärta vid rörelse och förflyttning genom att stödja sig mot något föremål eller hålla i den ömmande kroppsdel. Minst en indikator på smärta avseende kroppsrörelse och aktivitet rapporterade 96 % av sjuksköterskorna i en studie av Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos (2004). Dessa beskrevs som: rastlöshet, rygga tillbaka, inte vilja röra sig, förstöra föremål, halta, stelhet, inte samarbetsvillig, vägra medicinering eller vandra fram och tillbaka. De tredje mest förekommande smärtuttrycken i en studie av Husebo *et al.* (2009) var försvarande kroppshållning. Definiering av försvarande hållning var: stel kroppsdel, skyddande av kroppsdel, orörlighet och knuffar eller slå ifrån. Hämmande eller förändrat rörelsemönster observerade sjuksköterskor i en studie av Chang *et al.* (2011). Sjuksköterskorna diskuterade att personalen behövde god patientkännedom avseende naturliga rörelsemönster för att dra slutsatser om smärta.

En studie av Monroe *et al.* (2012) med 48 patientjournaler visade att patienter med långt framskriden Alzheimer uppvisade färre motoriska symtom 90 dagar innan de avled gentemot en grupp patienter med mildare grad av Alzheimer. Desto sämre kognitiv nedsättning desto färre motoriska symtom.

3.1.7 Fysiologiska indikatorer

Smärtobservationer i form av fysiologiska smärtuttryck uppgavs av 25 % hos 28 undersköterskor och sjuksköterskor i en studie (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004). Dessa inkluderade sömn- och aptitförändringar, blekhet, rodnad hud, svettningar, kall hud, skakningar och gråt. Sjuksköterskor beskrev vitala parametrar som källor för smärtidentifiering i en studie av Chang *et al.* (2011). Dessa var: andningsfrekvens, pulsfrekvens, temperatur och blodtryck. Blåmärken och ödem observerades speciellt kring leder.

3.1.8 Sinnesstämning

Sociala och personliga indikatorer på smärta tolkades bland sjuksköterskor i en studie som bland annat aggressivitet, inte vilja ha personer i närheten, inte vilja bli rörd, ökad förvirring eller irritation (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004). *Disability Distress Assessment Tool* (DisDAT) var en skala som registrerade stress, ångest och rädsla. DisDAT jämfördes i en studie av Jordan *et al.* (2012) med PAINAID. När personen inte förstätt instruktioner eller känt sig trängd på grund av situationen hade personen uppvisat ilska, oro, ångest, rädsla eller aggressivitet. Svårigheter i smärtidentifiering efter patientens humör beskrevs av sjuksköterskor och undersköterskor i en studie (Kaasalainen *et al.* 2007). Sjuksköterskorna och undersköterskorna kunde inte avgöra om ett visst beteende berodde på smärta, depression eller annan psykologisk orsak.

3.2 Hur sjuksköterskan agerar för att lindra smärta hos personer med demens

3.2.1 Kunskap, erfarenheter och attityder

Att identifiera smärta och hantera denna hos patienter med kognitiva nedsättningar har i flera studier beskrivits som problematiskt både hos sjuksköterskor och hos läkare (Kaasalainen *et al.* 2007, Zwakhalen *et al.* 2012).

I en studie ansåg 13 sjuksköterskor att avgörande för god smärthantering var: kunskap om smärtmekanismen, kunskap om smärtidentifiering, kunskap kring farmakologiska läkemedel och kunskap om patientens familjehistoria (Chang *et al.* 2011).

Av 432 enkäter ifrån undersköterskor, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor visade en studie (Jones *et al.* 2004) att det fanns bristande kunskaper i läkemedel, läkemedelsberoende hos äldre och icke- farmakologiska alternativ vid smärta. Kunskapsbrister var ett resultat även i en studie (Zwakhaleh *et al.* 2007) hos sjuksköterskor och undersköterskor i området smärta och äldre. Av 123 deltagare ansåg 83 % att patienterna var förhållandevis smärtfria och att detta var ett vältäckt område på deras avdelning. Det fanns inga rutiner för identifiering av smärta hos personerna med demens på avdelningarna. Deltagarna med högre utbildning svarade oftare korrekt på påståenden om äldre och smärta jämfört med gruppen omvårdnadspersonal med lägre utbildning som oftast svarade att de inte hade någon åsikt men även ibland gav ett felaktigt svar (Zwakhaleh *et al.* 2007).

Sjuksköterskorna i studien av Chang *et al.* (2011) beskrev hur de agerade med sin intuition och tidigare erfarenheter för att identifiera och hantera smärta hos personer med demens. De fysiska tecknen på smärta analyserades och uppmärksammades i högre grad än de psykiska tecknen. Erfarenheter och intuition i smärthanteringen beskrevs även som en viktig beståndsdel i en studie bland sjuksköterskorna av Kaasalainen *et al.* (2007).

De attityder som identifierades bland omvårdnadspersonalen i en studie av Jones *et al.* (2004) var: patienterna tror att smärta och lidande är nödvändigt, vissa kulturella grupper uttrycker sina känslor oftare, patienten klagar ofta för att få uppmärksamhet och att patienter tycker det är pinsamt att berätta om sin smärta (Jones *et al.* 2004). Sjuksköterskor och undersköterskor i en studie av Kaasalainen *et al.* (2007) diskuterade i fokusgrupper hur de trodde falska myter om smärta och äldre influerade i samhället, på arbetsplatsen och hos patienter.

3.2.2 Osäkerhet vid smärthantering

I en studie (Kaasalainen *et al.* 2007) beskrevs läkarnas osäkerhet om hur tillförlitlig sjuksköterskorna och undersköterskornas smärtbedömning var. Sjuksköterskorna och undersköterskorna uttryckte svårigheter i att identifiera skillnaden mellan smärta och annan underliggande orsak som delirium eller själva demenssjukdomen. Osäkerheten ansågs vara orsaken till att inga åtgärder vidtogs. Bristande tillit och svårigheter i att bedöma patienterna

enligt beteendeskalan PACSLAC nämndes av deltagarna i en studie av Zwakhalen *et al.* (2012). Det rådde osäkerhet i om smärtuttrycken verkligen antydde på smärta eller om själva situationen påverkade patientens uttryck. Att patienterna inte verbalt kunde förmedla smärta var en stor oro bland omvårdnadspersonalen i en studie av Kaasalainen *et al.* (2007). En läkare i studien menade att han tydligt märkte skillnad mellan kognitivt intakta och kognitivt nedsatta patienters medicinering mot smärta. Läkaren beskrev att den svårt kognitivt nedsatta patienten inte var den som klagade direkt till dig. En sjuksköterska i en studie av Chang *et al.* (2011) ansåg att svårigheterna och osäkerheten kring smärtidentifieringen blev tydligare ju svårare kognitiv nedsättning personen med demens hade. Flera sjuksköterskor i studien upplevde att personer med lättare kognitiv nedsättning kunde rapportera sin smärta på egen hand.

Osäkerhet hos omvårdnadspersonalen uppstod vid smärtbedömning i en studie av Jordan *et al.* (2012) då patienterna inte förstått instruktionerna. När personen varit otrygg i situationen kunde grimasering, bister uppsyn och aggressivitet förekomma. I studien var uttrycken smärtindikatorer enligt PAINAID men indikerade även på stress och rädsla enligt DisDAT. Detta ledde till osäkerhet kring smärthanteringen hos personalen.

Vid farmakologisk behandling av personens smärta fanns en ovilja till att använda opioider hos både sjuksköterskor och läkare (Kaasalainen *et al.* 2007). En läkare beskrev att osäkerheten var störst när det gällde höga doseringar och då ifrågasatte om det verkligen handlade om smärta. Sjuksköterskorna beskrev oro över komplikationer som förstoppning, illamående och fallrisk vid medicinering med opioider (Kaasalainen *et al.* 2007). I en studie av Zwakhalen *et al.* (2012) med totalt 264 smärtskattningsbedömningar ifrån 22 patienter indikerade 60 av dessa smärta. Av dessa 60 smärtskattningsbedömningar resulterade 49 % i icke- farmakologiska åtgärder som tröst, massage och avledning. I 5 % av dessa fall konsulterades läkare angående farmakologisk smärtlindring (Zwakhalen *et al.* 2012).

3.2.3 Samarbete kring patienten

En studie av Closs *et al.* (2005) visade att anhöriga till patienten kunde redogöra för fler varierade smärtuttryck som beteendeförändringar än vårdpersonalen. I smärtidentifieringen ansåg sjuksköterskorna i en studie av Kaasalainen *et al.* (2007) att familjemedlemmar och släktingar var viktiga källor att konsultera eftersom de kände patienten bäst. En läkare i studien menade att för att kunna identifiera smärta hos denna målgrupp behövde man aktivt

gå och leta efter den. Sjuksköterskor som intervjuades i studien av Chang *et al.* (2011) ansåg att individanpassad smärtidentifiering och god kännedom om patienterna möjliggjorde en säkrare smärthantering.

Tidsbrist, hög arbetsbelastning och bristande kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor har beskrivits som hinder i optimal smärthantering. Läkare som intervjuades i studien av Kaasalainen *et al.* (2007) beskrev bristande tillit gentemot sjuksköterskans bedömning av smärta. En sjuksköterska menade att hon inte kallade på läkare i onödan och en sjuksköterska hävdade att läkaren förmodligen inte hade tid för konsultation.

Möjligheten till kontinuerlig systematisk smärtbedömning med hjälp av PACSLAC i en studie av Fuchs-Lacelle *et al.* (2008) visade sig bidra till ökat samarbete mellan undersköterskor och sjuksköterskor då administrering av behovsläkemedel ökade. Användandet av smärtskattningsinstrumentet bidrog inte till någon ökad kontakt mellan läkare och sjuksköterska avseende schemalagd medicinering (Fuchs-Lacelle *et al.* 2008).

3.3 Artiklarnas kvalitet avseende urval och bortfall

Tre inkluderade artiklar (Closs *et al.* 2005, Kaasalainen *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011) hade kvalitativ ansats, åtta hade kvantitativ ansats: (Jones *et al.* 2004, Horgas *et al.* 2007, Zwakhalen *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008, Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012, Monroe *et al.* 2012). Två artiklar hade både kvalitativ och kvantitativ ansats (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Zwakhalen *et al.* 2012).

3.3.1 Kvalitativa artiklar

I de tre (Closs *et al.* 2005, Kaasalainen *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011) artiklar med kvalitativ ansats redovisades urvalsstrategi och i en av dessa redovisades även ett bortfall (Kaasalainen *et al.* 2007). Två av artiklarna använde strategiska urval vilket var relevant för syftet men urvalsstrategin diskuterades inte i diskussionsdelen (Kaasalainen *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011). En artikel beskrev hur de under studiens gång rekryterat omvårdnadspersonalen genom snöbollsurval, övriga deltagare tillkom genom strategiskt urval. Bortfallet på 133 deltagare berodde i 131 fall på att medgivande inte kunde fås och i 2 fall att deltagaren avled (Closs *et al.* 2005).

3.3.2 Kvantitativa artiklar

Tre av de inkluderade kvantitativa artiklarna hade använt ett slumpmässigt urval (Horgas *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008, Monroe *et al.* 2012). En av dessa hade retrospektiv design och beskrev ett stratifierat urval med hjälp av en regional telefonkatalog. Antal journaler inkluderade var 48st och 28st exkluderades. Forskarna diskuterade urvalsmetod och retrospektiv design (Monroe *et al.* 2012). Två av studierna hade experimentiell design med beskriven urvalsmetod och diskussion kring deltagarantalet (Horgas *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008). I den experimentella longitudinella studien delades deltagarna in i kluster varefter ett slumpmässigt urval skedde. Denna studie hade ett stort bortfall som studiens forskare diskuterade samt använde en statistisk signifikansmetod för att analysera bortfallets påverkan av resultatet (Fuchs-Lacelle *et al.* 2008).

Av de åtta kvantitativa artiklarna använde fem stycken en icke- slumpmässig urvalsmetod (Jones *et al.* 2004, Zwakhalen *et al.* 2007, Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012). I två av studierna som var enkätundersökningar, bjöds samtliga ur omvårdnadspersonalen som arbetade på äldreboenden in till studien (Jones *et al.* 2004, Zwakhalen *et al.* 2007). I båda artiklarna redovisades bortfallet av vårdpersonalen till 246 respektive 34. I båda artiklarna fanns diskussion kring bortfallet samt huruvida resultatet kunde generaliseras internationellt. Urvalsförfarandet var relevant syftet i båda studierna.

I de tre resterande kvantitativa artiklar med icke- slumpmässiga urval var två av dessa observationsstudier (Husebo *et al.* 2009, Jordan *et al.* 2012). Den tredje var en tvärsnittsstudie (Lin *et al.* 2011). Tvärsnittsstudien redovisade inget bortfall. Författarna beskrev och diskuterade att ett litet urval (n=112) innebar en osäkerhet i att generalisera resultatet (Lin *et al.* 2011). I de två observationsstudierna beskrevs inklusions- och exklusionskriterier. Forskarna redovisade och diskuterade bortfallet i (Jordan *et al.* 2012) men bortfallet redovisades och diskuterades inte i en av dessa studier (Husebo *et al.* 2009).

3.3.3 Kvalitativa och kvantitativa artiklar

Två artiklar hade både kvantitativ och kvalitativ ansats (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Zwakhalen *et al.* 2012). Båda studierna bestod av flera steg med ett varierat antal deltagare i vardera steg. Antal deltagare är beskrivna i båda studierna men forskarna diskuterade inte urval och bortfall i en av dessa studier (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos

2004). I den andra studien fanns en diskussion om bortfall och lågt deltagande om 22 patienter. Av dessa kunde 17 inte godkänna medverkande och en uppnådde inte inklusionskriterierna (Zwakhaleh *et al.* 2012).

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans kunskaper för att identifiera, bedöma och agera vid olika smärttillstånd hos personer med demens.

Huvudresultatet var att sjuksköterskan kunde använda olika typer av beteendeskolor som smärtskattningsinstrument. Observerbara uttryck som indikerade smärta var: ansiktsuttryck, verbala uttryck, kroppsspråk, fysiologiska indikatorer och patientens sinnesstämning. Kunskaper som påverkade sjuksköterskans smärtbedömning och agerande vid smärthanteringen var: otillräckliga kunskaper i smärtfysiologi, smärtbedömning och smärtbehandling, tidigare erfarenheter, attityder, osäkerhet vid bedömning och samarbete kring patienten.

4.2 Resultatdiskussion

Föreliggande studies resultat visar att beteendeskolor är ett alternativ vid smärtidentifieringen av personer med långt framskriden demenssjukdom framför de endimensionella smärtinstrumenten (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Horgas *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008, Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012, Monroe *et al.* 2012, Zwakhaleh *et al.* 2012). Att beteendeskolor är ett lämpligare alternativ i denna målgrupp styrks av tidigare studier av Peters *et al.* (2007) och Wood *et al.* (2010) som beskrev att äldre friska personer hade svårt att skatta sin egen smärta med hjälp av VAS och NRS. Ju äldre personen var desto större sannolikhet fanns det även för missförstånd och felaktig tolkning av NRS (Wood *et al.* 2010). De endimensionella smärtskattningsinstrumenten och patientens egen skattning av smärta har således beskrivits som förstahandsalternativet eller ”*The Golden Standard*” vid smärtskattning (Werner & Strang 2005, Herr *et al.* 2006, Vårdhandboken 2012). Föreliggande studies författare anser med denna vetskap att varje person behöver bedömas och tolkas som unik och att detta tas hänsyn till vid val av smärtskattningsinstrument. Vid svår kognitiv nedsättning kan man

använda beteendeskolor som alternativ men man behöver ha i åtanke att eftersom smärtan bedöms av någon annan kan detta leda till en felaktig bild av smärtans karaktär. Det fanns även multidimensionella smärtskattningsinstrument som inte bara konstaterade smärta utan även bedömde smärtans kvalitet (Vårdhandboken 2012) vilket föreliggande studies författare inte tror framkommer med hjälp av beteendeskolorna.

I en inkluderad artikel observerades flera likheter mellan uttryck beroende på stress och smärta. Dessa var: ilska, oro, ångest, rädsla och aggressivitet (Jordan *et al.* 2012).

Aggressivitet var en sinnesstämning som indikerade smärta i en studie av Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos (2004) men sjuksköterskor beskrev i en annan kvalitativ studie osäkerhet i hur tillförlitligt detta uttryck var för att dra några slutsatser om smärta (Kaasalainen *et al.* 2007). Detta har även Katie Eriksson beskrivit som menade att lidande och smärta inte är synonyma men att människors lidande ofta förvandlas till smärta som leder till ångest som går att observeras (Eriksson 1994). Katie Erikssons resonemang om att smärta leder till ångest- och vice versa kan härledas till psykogen smärta som yttrar sig på flera sätt (Werner & Strang 2005). Eftersom ilska och aggressivitet har beskrivits som ett vanligt tillstånd hos personer med Alzheimer (Cipriani *et al.* 2011) är detta enligt föreliggande studies författare ett område som kräver hög uppmärksamhet. Så länge personer med demens på grund av kognitiv nedsättning hindras att förmedla sin smärtupplevelse krävs det kunskaper och medvetenhet kring detta hos de personer som arbetar runt patienten. Enligt Katie Eriksson hanteras denna medvetenhet bäst genom att omvårdnadspersonalen arbetar och diskuterar i grupp och på så vis ökar objektiviteten (Eriksson 1985).

Katie Eriksson har beskrivit sjuksköterskans varseblivningsprocess som en avgörande faktor i beslutsfattandet (Eriksson 1985). Detta resonemang uppvisar två studies resultat (Jones *et al.* 2004, Zwakhalen *et al.* 2007) där det förekom olika varianter av kunskapsbrister hos omvårdnadspersonalen. I en av dessa ansåg även omvårdnadspersonalen att patienterna på deras avdelning var förhållandevis smärtfria. Föreliggande studies författare tolkar detta med hjälp av Katie Erikssons teori som att omvårdnadspersonalen är omedveten om problemet. På grund av dessa kunskapsbrister fanns inga rutiner för smärtidentifiering av personer med demens på deras avdelningar (Zwakhalen *et al.* 2007). Vikten av kunskaper och goda rutiner stärks av en studie av Kiely *et al.* (2010) vars resultat visade att goda rutiner gav en god kvalitet i vården samt att goda kunskaper var en förutsättning för adekvat smärthantering. Även i en studie av Baillie *et al.* (2012) har kunskapsbrister och inga specifika rutiner visat

sig vara ett hinder för god vård av personer med demens. Detta fynd kan även styrkas och förklaras av Katie Erikssons (1985) teori om att perception hela tiden sker utifrån omvårdnadspersonalens personliga referenser och tidigare upplevelser. Detta är en automatisk och omedveten process. Att vara medveten om sina begränsningar och arbeta i grupp ökar objektiviteten och minskar risken för subjektivt tyckande vilket påverkar beslutsprocessen (Eriksson 1985). Föreliggande studies författare tror att kunskapsbrister är ett omfattande hinder avseende sjuksköterskans agerande och att kunskap är en färskvara som kontinuerligt behöver diskuteras för att öka medvetenheten. Att arbeta i grupp nära patienten tror författaren inte bara är en fråga om att minska subjektiviteten utan även ett sätt att öka patientsäkerheten.

Vid akut smärta kan det autonoma nervsystemet utlösa neuroendokrina stressreaktioner som höjer puls och blodtryck samt ge hjärklappning och illamående (Werner & Strang 2005). Detta förklarades också i en kvalitativ studie där sjuksköterskor beskrev hur de identifierade smärta med hjälp av vitala parametrar (Chang *et al.* 2011). Trots värdet i dessa vitala parametrar förekom observationer av fysiologiska indikatorer endast av ett fåtal sjuksköterskor och undersköterskor i en studie (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004). Att observera smärta genom fysiologiska indikatorer tror föreliggande studies författare är en fråga om generell omedvetenhet hos omvårdnadspersonal avseende smärtfysiologin. Föreliggande studies författare tror även att smärtidentifiera med hjälp av vitala parametrar inte är ett förstahandsalternativ hos omvårdnadspersonalen.

En journalstudie ifrån avlidna personer med demens visade att ju sämre kognitiv nedsättning personen hade desto färre motoriska smärtindikerade symtom fanns dokumenterade (Monroe *et al.* 2012). Att personer med långt framskriden demens inte är lika aktiva vad gällande kroppsspråk och andra observerbara beteenden tror föreliggande studies författare kan påverka omvårdnadspersonalens medvetenhet av eventuell förekommen smärta. Detta fynd överensstämde med en läkares beskrivning i en studie av (Kaasalainen *et al.* 2007) att den svårt kognitivt nedsatta patienten inte är den som klagar direkt till dig. Detta fynd styrks även av en studie där mildt kognitivt nedsatta personer ansågs kunna förmedla sin smärta tydligare än personer med svår kognitiv nedsättning (Chang *et al.* 2011).

Smärtuttryck som observerades under kroppsrörelse och aktivitet var mycket vanliga i flera inkluderade artiklar (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Horgas *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011, Lin *et al.* 2011). Detta kan härledas till flera andra studier vars resultat visade att den

vanligaste förekommande smärtan hos äldre var nociceptiv smärta ifrån skelettmuskulaturen (Brattberg *et al.* 1996, Decker *et al.* 2009, Brown *et al.* 2011). Föreliggande studies författare tror med vetskapen om detta resultat att personer med långt framskriden demenssjukdom som inte kan uttrycka smärtan genom kroppsrörelse kan bli förbisedda i denna kategori.

I denna litteraturstudie upptäckte föreliggande studies författare att omvårdnadspersonalen i ett flertal studier uttryckte osäkerhet i sin bedömning av smärta hos patienten (Kaasalainen *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011, Jordan *et al.* 2012, Zwakhalen *et al.* 2012). Detta fynd kan illustreras med en studie av Zwakhalen *et al.* (2012) där endast hälften av de 60 smärtskattningsformulären med smärtindikerade tillstånd ledde till en åtgärd. Hälften av dessa åtgärder var icke- farmakologiska metoder som tröst, massage och avledning. Endast 2 % av de med smärtindikerade tillstånd ledde till någon farmakologisk åtgärd (Zwakhalen *et al.* 2012). Detta anser föreliggande studies författare vara ett tecken på att det förekommer osäkerhet i den del av smärthantering som avser farmakologiska metoder. Samtidigt överensstämde detta resultat med litteraturen som visade att icke- farmakologiska metoder kan ha en smärtlindrande effekt och enligt grindteorin hämma inkommande smärtimpulser och lindra smärtupplevelsen (Werner & Strang 2005).

Ett gott samarbete mellan omvårdnadspersonalen och anhöriga till personen med demens har beskrivits som gynnande i smärthanteringen (Closs *et al.* 2005, Kaasalainen *et al.* 2007). I studien av Closs *et al.* (2007) kunde även anhöriga identifiera fler smärtuttryck än omvårdnadspersonalen. Detta stödjer resultatet ifrån studien av Chang *et al.* (2011) där sjuksköterskor beskrev hur de ansåg att god patientkännedom möjliggjorde en säkrare smärthantering. Föreliggande studies författare tror att god patientkännedom är avgörande för potentialen i de redovisade beteendeskallorna och dess syfte. En beteendeskala kunde exempelvis ge utslag för smärta när beteendet grundade sig i en miljöorsakad orsak som stress (Jordan *et al.* 2012). Detta resultat anser föreliggande studies författare innebära att personalen behöver känna till hur personen normalt reagerar vid förutsägbara situationer. Eftersom smärta felaktigt kunde identifieras av instrumentet tror föreliggande studies författare att det är lika viktigt att tänka åt andra hållet: att smärta kan förekomma utan att något av dessa vanliga uttryck observeras.

Föreliggande studie inkluderade tre kvalitativa artiklar (Closs *et al.* 2005, Kaasalainen *et al.* 2007, Chang *et al.* 2011) och två artiklar med kombinerad kvalitativ och kvantitativ ansats (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2004, Zwakhalen *et al.* 2012). Styrkan i kvalitativa

artiklar är att resultatet fås genom beskrivning av deltagarens prioriteringar, erfarenheter och perspektiv av problemområdet (Forsberg & Wengström 2003). Studierna innefattade strategiska urval samt en med snöbollsurval och detta beskrevs i samtliga kvalitativa artiklar. Vid intervjustudier är målet att med rätt urvalsstrategi välja deltagare som kan beskriva och skapa förståelse för den verkliga situationen (Forsberg & Wengström 2003). Föreliggande studies författare anser att samtliga artiklar hade valt relevanta informationsrika informanter i anhöriga, läkare, sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal som motsvarade studiernas syfte att utveckla eller utforska problemområdet.

Bortfallet berodde i flera studier huvudsakligen på att medgivande inte kunde ges samt att deltagarna inte uppnådde inklusionskriterierna (Closs *et al.* 2005, Jordan *et al.* 2012, Zwakhalen *et al.* 2012). Artiklarna redovisade att av bortfallet kunde medgivande inte fås av: 131 av 133, 17 av 18 och 41 av 52. I studien av Zwakhalen *et al.* (2012) fanns även en diskussion avseende lågt deltagande. Ett lågt deltagarantal minskar studiens trovärdighet avseende resultatet enligt Forsberg & Wengström (2003) men föreliggande studies författare anser att deltagarantalet ändå är relevant för syftet i studien som var att undersöka regelbundenheten i ett smärtskattningsinstrument under en längre period (Zwakhalen *et al.* 2012). Att medgivande inte kunde fås i flera fall tror föreliggande studies författare är vanligt i denna grupp av patienter eftersom merparten förlitade godkänt medgivande på en förmyndare, familjemedlem eller motsvarande. Demografisk data som kognitiv nedsättning och sjukdomsgrad hade varit intressant att ta del av i denna grupp för att kunna diskutera huruvida bortfallet påverkar resultatet och dess generaliserbarhet.

Tre inkluderade artiklar (Jones *et al.* 2004, Horgas *et al.* 2007, Fuchs-Lacelle *et al.* 2008) hade experimentell design som har högt bevisvärde enligt Forsberg & Wengström (2003). Två av dessa hade använt en icke-slumpmässig urvalsmetod med ett högt deltagarantal (N=162 och N= 432) däremot hade båda stora bortfall (N=121 och N=246). Fuchs- Lacelle *et al.* (2008) beskrev att bortfallet huvudsakligen berodde på att patienten avled (N=71) och att deltagare flyttade (N=9). Föreliggande studies författare tror att de studier som pågår under en längre tid som innefattar målgruppen äldre med sjukdom lätt leder till stora bortfall på grund av sviktande hälsa.

I den experimentiella studien av Jones *et al.* (2004) där man besvarade enkäter, före och efter intervention, tolkade författarna bortfallet på grund av tidsbrist hos deltagarna (Jones *et al.* 2004). En tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats som också använde enkäter hade ett bortfall

om 41 av 168 deltagare (Zwakhaleh *et al.* 2007). Vid enkätundersökningar är det vanligt med stora bortfall eftersom det kan finnas en fråga som deltagaren inte har besvarat. Då uppstår ett internt bortfall. Vid externt bortfall vill undersökningspersonen inte delta i studien av någon okänd anledning (Forsberg & Wengström 2003).

Två artiklar (Husebo *et al.* 2009, Lin *et al.* 2011) med kvantitativ ansats beskrev urvalsförfarandet men dessa redovisade inget bortfall. Detta tror föreliggande studies författare beror på att det fanns mycket tydliga kriterier avseende deltagande samt att studierna skedde under en kortare period på 1-3 dagar.

En av studierna hade retrospektiv design och urvalet bestod av journaler (Monroe *et al.* 2012). Bevisvärdet för retrospektiva studier är lågt (Forsberg & Wengström 2003) men eftersom studien syftade till att undersöka personers sista tid i livet anser föreliggande studies författare att design och urval var relevant med tanke på forskningsetiska aspekter.

4.3 Metoddiskussion

Denna studie utformades som en deskriptiv litteraturstudie vilket ansågs relevant utifrån studiens tidsram, syfte och frågeställningar. Artiklarna som inkluderades i denna studie söktes genom PubMed och Cinahl som är medicin- och omvårdnadsdatabaser vilka ansågs relevanta för litteratursökningen. De MeSH- sökord som användes var dementia, pain, nursing och management. Samtliga söktermer ansågs starkt relevanta till studiens syfte. Artiklarnas ansats hade inga begränsningar avseende kvalitativ och kvantitativ ansats vilket enligt Forsberg & Wengström (2008) är en fördel inom omvårdnadsforskning.

Föreliggande studies författare valde att begränsa sökningen i årtal 2003-2013. Detta för att ta del av den senaste forskningen inom ämnet samt ge ett rimligt antal träffar att bearbeta. Att söka endast den senaste forskningen inom ämnet kan ha begränsat litteraturstudien. Däremot hittades flera artiklar som granskade beteendeskolor avseende reliabilitet och validitet samt en som beskrev utvecklandet kring en av dessa skalor. Detta kan tolkas som ett relativt nytt och utforskat ansvarsområde inom sjuksköterskans kliniska arbete. Vidare begränsades sökningen efter ett språk som var engelska. Språket i alla inkluderade artiklar var på engelska. Att artiklarna inte var skrivna på modersmålet svenska kan ha medfört ökad risk för feltolkningar. För att minimera risken för felaktiga översättningar vid viktiga begrepp användes en engelsk- svensk ordbok. Resultatet begränsades inte till fulltext vilket gav en

bredare sökning. Vidare fanns inga geografiska begränsningar vilket författaren anser som en styrka i föreliggande studie. Majoriteten av artiklarna representerade västvärlden vilket kan anses som länder med välutvecklad sjukvård. Därför anser föreliggande författare att överförbarheten ifrån artiklarnas resultat till svensk sjukvård är relevant. Studierna kom ifrån; Kanada, Korea, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Taiwan och USA.

Urval och bortfall granskades i samtliga inkluderade artiklar. Eftersom studiernas resultat förlitar sig på dess urval och bortfall (Forsberg & Wengström 2008) ansågs detta som en stark metodologisk aspekt att granska.

Eftersom föreliggande studies författare bearbetat text enskilt i denna studie skedde kontinuerliga diskussioner och konsultation med handledare och omvårdnadslärare under arbetets gång. Att arbetat enskilt anser föreliggande studies författare inte ska ses som en svaghet utan lyftas fram som en styrka då det möjliggjorde forskning inom ett område som utgör ett stort personligt intresse hos författaren.

4.4 Allmän diskussion

Denna studie visade att sjuksköterskor kunde använda flera olika observerbara uttryck för att identifiera smärta. Studien beskriver även vilka kunskaper som resulterade i olika möjligheter och hinder som sjuksköterskan ställs inför avseende smärthanteringen. Möjligheterna visade sig även vara det som hindrade sjuksköterskan i sitt agerande. För att tillämpa en god smärthantering av personer med demens krävdes det att sjuksköterskan hade kunskaper inte bara i smärtmekanismen utan även kunskaper om personens naturliga beteendemönster. Kunskapsbrister var även det som verkade hämma sjuksköterskan. Osäkerhet var stort hinder då den påverkade inte bara sjuksköterskans agerande utan även samarbetet och tilliten i personalstyrkan. Föreliggande studies författare tror att kunskapsbrister resulterar i osäkerhet och därav uteslutande samarbete samt att erfarenheter och intuition både kan ses som ett möjlighet och ett hinder. Katie Eriksson valdes som teoretisk referensram eftersom hon har bidragit med litteraturen den lidande människan och vårdprocessen, vilka ansågs relevant föreliggande studies syfte. Eriksson beskrev varseblivningsprocessen och perception som en avgörande faktor i beslutsfattandet då detta sker utifrån vårdarens personliga referenser.

4.4.1 Litteraturstudiens betydelse

Personer med demens har svårigheter att förmedla smärta, därför är kunskaper och medvetenhet inom detta område en förutsättning för att kunna identifiera smärta och därefter hantera den. Inom det kliniska arbetet kan sjuksköterskan möta denna målgrupp överallt. Ökade kunskaper hos sjuksköterskan inom detta område kan betyda att en person med demens får ett värdigare slut i livet.

4.4.2 Förslag till vidare forskning.

Det fanns ett flertal observerbara smärtrelaterade uttryck. Tyngden av god patientkänedom ansågs påverka smärtbedömningen och föreliggande studies författare anser att det redan finns gott om smärtskattningsinstrument att tillämpa. Författaren anser att den individuella och mänskliga faktorn bakom varje smärtbedömning behöver utforskas vidare. Även vidare forskning kring huruvida dessa beteendeskolor kan bidra till att öka administreringen av farmakologiska läkemedel eller icke- farmakologiska alternativ.

4.5 Slutsats

Föreliggande studie har resulterat i ett flertal olika beteendeskolor med varierat innehåll. Smärtidentifieringen och hur sjuksköterskan agerade förlitade sig på de kunskaper som påverkade bedömarens i smärthanteringen. Dessa kunskaper har beskrivits i denna litteraturstudie som erfarenheter, attityder, osäkerhet och samarbete. Eftersom smärta kan ge sig tillkänna genom ett flertal olika sätt krävs det en individuellt anpassad hantering samt att samarbetet förbättras. Författaren till denna studie anser att det är viktigt att sjuksköterskan utvecklar sin medvetenhet kring dessa kunskaper som skapar möjligheter och hinder inom detta område då detta är en växande målgrupp i samhället.

5 Referenser

*= Inkluderade artiklar.

Almås H (2011) *Klinisk omvårdnad Del 1*. Liber AB, Stockholm.

Andersson M, Guo X, Borjesson-Hanson A, Liebetrau M, Ostling S & Skoog I (2012) A population-based study on dementia and stroke in 97 year olds. *Age and Ageing* 41, 529-533.

Armanius Björilin G (2004) *Om demens: klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad, konfusionstillstånd, genetik och biokemi, patologi, minnesfunktioner, vardagslivets aktiviteter, sexualitet och demens, frågor om tvång och självbestämmande, hälsoekonomi*. Liber, Stockholm.

Baiyewu O, Unverzagt F.W, Ogunniyi A, Smith-Gamble V, Gureje O, Lane K.A, Gao S, Hall K.S & Hendrie H.C (2012) Behavioral symptoms in community-dwelling elderly Nigerians with dementia, mild cognitive impairment, and normal cognition. *International journal of geriatric psychiatry* 27, 931-939.

Bowsher D (2001) Stroke and central poststroke pain in an elderly population. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* 2, 258-261.

Brattberg G, Parker M.G & Thorslund M (1996) The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 67, 29-34.

Brattberg G (1995) *Att möta långvarig smärta*. Liber utbildning: Almqvist & Wiksell medicin, Stockholm.

Brown S, Kirkpatrick M, Swanson M, McKenzie S, Leigh I (2011) Pain Experience of the Elderly. *Pain Management Nursing* 12, 190-196.

* Chang S, Ok, Oh Y, Park E, Young K, Kim G, Myun & Kil S, Yong (2011) Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model. *Pain Management Nursing* 12, 61-69.

Cipriani G, Vedovello M, Nuti A & Di Fiorino M (2011) Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatrics & gerontology international* 11, 408-413.

* Closs S.J, Cash K, Barr B & Briggs M (2005) Cues for the identification of pain in nursing home residents. *International journal of nursing studies* 42, 3-12.

Decker S.A, Culp K.R & Cacchione P.Z (2009) Evaluation of musculoskeletal pain management practices in rural nursing homes compared with evidence-based criteria. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses* 10, 58-64.

- Dubois B, Feldman H.H, Jacova C, Cummings J.L, Dekosky S.T, Barberger-Gateau P, Delacourte A, Frisoni G, Fox N.C, Galasko D, Gauthier S, Hampel H, Jicha G.A, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Sarazin M, de Souza L.C, Stern Y, Visser P.J & Scheltens P (2010) Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet neurology* 9, 1118-1127.
- Eide H & Eide T (2009) *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur, Lund.
- Ekman S, Fratiglioni L, Graff C, Jansson W, Eriksdotter Jönhagen M, Kivipelto M, Robinson P, Tjernberg L & Wahlund L (2011) *Alzheimer*. Karolinska Institutet University Press, Stockholm.
- Ericson E & Ericson T (2008) *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Studentlitteratur, Lund.
- Eriksson K (1994) *Den lidande människan*. Liber utbildning, Stockholm.
- Eriksson K (1985) *Vårdprocessen*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Forsberg C & Wengström Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och kultur, Stockholm.
- * Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T & Lix L (2008) Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clinical Journal of Pain* 24, 697-707.
- * Fuchs-Lacelle S & Hadjistavropoulos T (2004) Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses* 5, 37-49.
- Hægerstam G (2007) *Smärta hos äldre*. Studentlitteratur, Lund.
- Herr K, Bjoro K & Decker S (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *Journal of pain and symptom management* 31, 170-192.
- * Horgas A.L, Nichols A.L, Schapson C.A & Vietes K (2007) Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Management Nursing* 8, 77-85.
- * Husebo B.S, Strand L.I, Moe-Nilssen R, Husebo S.B & Ljunggren A.E (2009) Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 180-189.
- IASP (1986, 1994) Pain Terms. *The International Association for the Study of Pain (IASP)*. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm> [Hämtad 130201].

- * Jones K.R, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir C.P, Scott J, Clark L & Mellis K (2004) Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *The Gerontologist* 44, 469-478.
- * Jordan A, Regnard C, O'Brien J. T & Hughes J.C (2012) Pain and distress in advanced dementia: choosing the right tools for the job. *Palliative medicine* 26, 873-878.
- * Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A & Ploeg J (2007) Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western journal of nursing research* 29, 561-580.
- Kiely D.K, Givens J.L, Shaffer M.L, Teno J.M & Mitchell S.L (2010) Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 58, 2284-2291.
- Larsson M & Rundgren Å (2010) *Geriatriska sjukdomar*. Studentlitteratur, Lund.
- *Lin P, Lin L, Shyu Y & Hua M (2011) Predictors of pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1849-1857.
- Magnusson S & Mannheimer C (2008) *Långvarig smärta: behandling och rehabilitering*. Studentlitteratur, Lund.
- * Monroe T, Carter M, Feldt K, Tolley B & Cowan R.L (2012) Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal of advanced nursing* 68, 2070-2078.
- Morrison R.S & Siu A.L (2000) A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of pain and symptom management* 19, 240-248.
- Peters M.L, Patijn J & Lamé I (2007) Pain Assessment in Younger and Older Pain Patients: Psychometric Properties and Patient Preference of Five Commonly Used Measures of Pain Intensity. *Pain Medicine* 8, 601-610.
- Polit D.F & Beck C.T (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th edn, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> [Hämtad 130125].
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1> [Hämtad 130201].
- Svenskt Demenscentrum (2008) Diagnoskriterier. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/> [Hämtad 130201].

Volicer L, Frijters D.H & Van der Steen J.T (2012) Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 27, 749-754.

Vårdhandboken (2012) Smärtskattningsinstrument.
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smarts kattningsinstrument/> [Hämtad 130203].

Werner M & Strang P (2005) *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Wood B.M, Nicholas M.K, Blyth F, Asghari A & Gibson S (2010) Assessing Pain in Older People With Persistent Pain: The NRS Is Valid But Only Provides Part of the Picture. *The Journal of Pain* 11, 1259-1266.

* Zwakhalen S.M, Hamers J.P, Peijnenburg R.H & Berger M.P (2007) Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society* 12, 177-184.

* Zwakhalen S, M.G, Hof C, E & Hamers J, P.H (2012) Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing* 21, 3009-3017.

Bilaga 1

Författare, Publ. År, Land	Titel	Syfte	Design, Ansats	Unders. Grupp, Bortfall	Datainsamlingsmetod	Dataanalys metod	Resultat
Chang S, Oh Y, Park E, Kim G, Kil S. Korea 2011	Concept analysis of nurses' identification of pain in demented patients in a nursing home: development of a hybrid model.	Att utveckla kunskapen kring smärta genom att undersöka hur sjuksköterskor identifierar smärta hos personer med demens.	Intervjustudie med kvalitativ ansats.	Sjuksköterskor (n=13)	Halv- strukturerade intervjuer med sjuksköterskor 3 intervjuer per sjuksköterska i 1-2 timmar per tillfälle.	Kvalitativ innehållsanalys.	Sjuksköterskornas identifiering byggde på tidigare erfarenheter, holistiskt synsätt och intuition. De fokuserade primärt på fysiska smärtuttryck och sist på psykologiska smärtuttryck. Smärta hos äldre personer med demens ansågs komplext. Med fler faktorer inblandade ansåg deltagarna att en individanpassad identifiering, god kännedom om patienten och hantering samt utvärdering av smärtan var viktigt. Avgörande för god smärtbedömning ansågs vara patientkännedom och kunskap kring smärta.
Closs S, Cash K, Barr B, Briggs M. Storbritannien 2005	Cues for the identification of pain in nursing home residents.	Att identifiera smärtledtrådar hos demenssjuka patienter och jämföra dessa med friska äldre och grad av kognitiv förmåga.	Intervjustudie med kvalitativ ansats.	Patienter (n=113) Bortfall (n=133) Vårdpersonal (n=65) Anhöriga (n=36)	Strukturerade intervjuer med anhöriga och vårdpersonal av de patienter som valdes ut. Intervjuerna spelades in och anteckningar fördes.	Kvalitativ innehållsanalys.	Kroppsliga smärtuttryck var vanligast och ansiktsuttryck näst vanligast. Anhöriga kunde ange fler ledtrådar avseende smärta än vårdpersonalen. Vid liten kognitiv nedsättning kunde patienter rapportera smärta verbalt. Att känna patientens normala beteendemönster var viktigt i smärtbedömningen.
Fuchs- Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Lix L. Kanada 2008	Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia.	Att undersöka ifall systematisk smärtskattning leder till förbättrad smärthantering och huruvida sjuksköterskorna upplever stress i samband med smärtskattningen.	Experimentiell longitudinell och komparativ studie med kvantitativ ansats.	Patienter (n=101) Bortfall (n=80) Sjuksköterskor och undersköterskor (n=61) Interventionsgruppen (n=32) Kontrollgruppen (n=29) Bortfall (n=41)	Patienternas kognitiva funktion bedömdes med <i>Present Functioning Questionnaire</i> (PFQ) Interventionsgruppen fyllde i PACSLAC varannan dag under 3 månader. Kontrollgruppen fyllde i en aktivitetslogg varannan dag i 3 mån. Sjuksköterskorna och undersköterskorna skulle under studien fylla i <i>Nursing stress scale</i> (NSS) och <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) en varje månad i 3 mån.	Linjär mixad-effekt- analys modell.	Administrering av behovsläkemedel ökade i samband med kontinuerlig användning av PACSLAC och man såg att smärtsymtomen minskade. Schematisk medicinering ökade inte och inget formulär ledde till konsultation av läkare. Känslomässig utmattning och stressnivån hos personalen i experimentgruppen minskades vid användandet av PACSLAC i jämförelse med vårdpersonalen i kontrollgruppen.

Bilaga 1

<p>Fuchs- Lacelle S, Hadjistavropoulos T.</p> <p>Kanada</p> <p>2004</p>	<p>Development and preliminary validation of <i>the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate</i> (PACSLAC).</p>	<p>Att utveckla ett kliniskt fungerande observationsbaserat verktyg för smärtskattning av äldre personer med begränsad förmåga till kommunikation.</p>	<p>Explorativ design med kvalitativ samt kvantitativ ansats.</p>	<p>Steg 1: Undersköterskor och sjuksköterskor (n=28)</p> <p>Steg 2: Sjuksköterskor (n=40)</p> <p>Steg 3: Sjuksköterskor (n=34), Psykiatrisjuksköterskor (n=6).</p> <p>Bortfall ej redovisat</p>	<p>Studien bestod av tre steg. Steg 1: Semistrukturerade intervjuer under 20 minuter där deltagarna angav smärtuttryck som listades.</p> <p>Steg 2: Deltagarna kryssade i de beteenden som fanns att välja på i listan (ifrån steg 1) utifrån en retrospektiv patientsituation.</p> <p>Steg 3: Deltagarna fyllde i PACSLAC utifrån en retrospektiv situation.</p>	<p>Korrelationsanalys, Cronbach's alpha.</p>	<p>Sjuksköterskorna kunde rapportera 65 olika smärtuttryck. Beteendena kategoriserades till subkategorier av forskarna: aktivitet, ansiktsuttryck, vokala beteenden, aggressivitet, sociala/ personliga indikationer, mat/ sömnförändringar och psykiska smärtindikatorer.</p> <p>Resultatet formade en checklista av förekommande beteenden vid förmodad smärta.</p> <p>Validering av PACSLAC total signifikans $p < 0,001$.</p>
<p>Horgas A, Nichols A, Schapson C, Vietes K.</p> <p>USA</p> <p>2007</p>	<p>Assessing Pain In Persons with Dementia: Relationship Among the Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument. Self-report, and Behavioral Observations.</p>	<p>Att granska validiteten och reabiliteten av <i>Non-communicative Patients Pain Assessment Instrument</i> (NOPPAIN) och ifall sjuksköterskelever kan använda detta verktyg.</p>	<p>Kvasiexperimentell studie med kvantitativ ansats.</p>	<p>Patienter (n=40)</p> <p>Experimentgrupp kognitiv nedsättning (n=20)</p> <p>Kontrollgrupp ingen kognitiv nedsättning (n=20)</p> <p>Bortfall (n=0)</p>	<p>Denna studie har använt videofilmer ifrån en tidigare studie av samma forskare.</p> <p>Två sjuksköterskestudenter fyllde i NOPPAIN medan de såg 40 stycken (patienterna) 10 minuter långa klipp. En vecka senare bedömde de 10 av dessa klipp igen. Patienterna fick självrapportera sin smärta med NRS och VDS.</p>	<p>Deskriptiv statistik, Korrelationsanalys, Kappa.</p>	<p>NOPPAIN var lättanvänt och krävde inte någon omfattande klinisk träning. Det vanligaste förekommande smärtfenomenet var att patienterna tog stöd av något vid rörelse, smärtiljud var näst vanligast förekommande. Minst 1 indikator på smärta fanns hos 95 % av deltagarna, medelsnittet var 2 indikatorer/ patient. Uttalad smärta i form av ord förekom i 5 %.</p> <p>Skillnaderna mellan smärtuttrycken första och andra mätningen var större i experimentgruppen och mer kontinuerlig i kontrollgruppen.</p> <p>Skalan visade god validitet och reabilitet.</p>

Bilaga 1

<p>Husebo B, Strand L, Moe-Nilssen R, Husebo S, Ljunggren A.</p> <p>Norge</p> <p>2009</p>	<p>Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake.</p>	<p>Att undersöka rehabiliteringen av <i>Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale</i> (MOBID) avseende smärtintensitet och smärtindikationer.</p>	<p>Prospektiv observationsstudie med kvantitativ ansats.</p>	<p>Patienter på ett äldreboende (n=26)</p> <p>Vårdpersonal (n=11)</p> <p>Externa bedömare (n=3)</p> <p>Bortfall ej redovisat.</p>	<p>Patienterna videofilmades under olika rörelser som primära vårdgivare hjälpte dem med. Vårdpersonalen och externa bedömare fick skatta patientens smärta med MOBID och <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS).</p>	<p>Intra- och inter-rater reliabilitet, Statistisk analys.</p>	<p>Flest observerbara smärtbedömningar förekom när patienterna skulle röra armar eller ben. Minst smärtuttryck när patienterna rörde på händerna. Ansiktsuttryck, ljud och defensiva gester var vanligt förekommande. De tre bedömare bedömde något olika på smärtintensiteten hos deltagarna. Ansiktsuttrycken vid vändning i sängen analyserades och värderades väldigt olika av bedömarna.</p>
<p>Jones K, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir C, Scott J, Clark L, Mellis K.</p> <p>USA</p> <p>2004</p>	<p>Improving Nursing Home Staff Knowledge and Attitudes About Pain.</p>	<p>Att förbättra den praktiska hanteringen av smärta hos äldre och undersöka kunskapen om smärthantering och hur olika barrirärer påverkar sjuksköterskans smärthantering.</p>	<p>Experimentell studie med kvantitativ ansats.</p>	<p>Omvårdnadspersonal enkäter (n=432)</p> <p>Interventionsgrupp (n=256)</p> <p>Kontrollgrupp (n=176)</p> <p>Bortfall (n=246)</p>	<p>På 12 vårdhem bjöds all vårdpersonal in för deltagande i enkät. Interventionsgruppen fick utbildningssessioner (informationshäfte, utbildning och information via video) i smärta och smärthantering innan besvarad enkät.</p>	<p>Cronbachs alpha, ANOVA, GLM, GEE.</p>	<p>Studien resulterade i bristande kunskap gällande läkemedel, läkemedelsberoende och kunskap i icke-farmakologiska metoder som avledning. Möjligheten att vara med i interventionsgruppen som fick utbildning i jämförelse med kontrollgruppen, gav inget högre resultat i kunskapsnivån.</p>
<p>Jordan A, Regnard C, O'Brien T, Hughes J.</p> <p>Storbritannien</p> <p>2012</p>	<p>Pain and distress in advanced dementia: choosing the right tools for the job.</p>	<p>Att jämföra ett smärtskattningsverktyg för personer med demens med en skala som mäter stress hos personer med demens.</p>	<p>Observationsstudie med kvantitativ ansats.</p>	<p>Patienter (n=79)</p> <p>Bortfall (n=52)</p>	<p>Patienter observerades av vårdpersonal och forskare vid 3 tillfällen högst 5 min åt gången med <i>Pain Assessment in Advanced Dementia scale</i> (PAINAID) och <i>Disability Distress Assessment Tool</i> (DisDAT) vid olika situationer.</p>	<p>Wilcoxon rank-test, Kruskal-Wallis-test, Mann-Whitney test.</p>	<p>Smärta och stress tolkades olika. Smärtskalan tog upp beteenden som gav utslag som smärta men som kunde orsakats av stress, rädsla eller ilska beroende på att patienten inte förstod situationen. PAINAID visade hög känslighet för smärtbeteenden men låg specifikation. DisDAT hade ett bredare perspektiv och fångade upp stressbeteenden som kunde orsakats av smärta. Vanligaste observerade smärtbeteenden var; rynka på ögonbrynen, höga ljud, tårögd, gimaseringar, spänd kropp, suckningar.</p>
<p>Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A.</p>	<p>Pain management decision making among long-term care physicians and nurses.</p>	<p>Att utforska hur attityder och åsikter bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor avgör hur smärta hos äldre med</p>	<p>Intervjustudie med kvalitativ ansats.</p>	<p>Undersköterskor och sjuksköterskor (n=47)</p> <p>Bortfall ej redovisat</p>	<p>Läkarna intervjuades enskilt med en semistrukturerad intervjuguide. Undersköterskorna och sjuksköterskorna delades in i fokusgrupper (8</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Grupperna var eniga om att identifiering av smärta var avgörande för att kunna hantera denna. En beslutfattningsmodell konstruerades med möjligheter och potentiella hinder. Personalen kände sig osäker i sin förmåga att bedöma om det verkligen</p>

Bilaga 1

Ploeg J.		kommunikationssvårigheter på ett boende hanteras.		Läkare (n=9)	grupper) och samtalade kring frågor. Samtliga intervjuer spelades in.		handlade om smärta hos patienten. Personalen visade oro över biverkningar av läkemedel. Läkare som inte var på plats litade inte på sjuksköterskans bedömning och sjuksköterskan ansåg att läkaren var upptagen så konsultation uteblev.
Kanada				Bortfall (n=36)			
2007							
Lin P, Li-Chan L, Yea-Ing L Mau-Sun H.	Predictors of pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study.	Att undersöka förhållandet mellan smärta och specifika omvårdnadssituationer samt smärta och fasthållning hos dementa personer.	Tvärnittsstudie med kvantitativ ansats.	Patienter (n=112) Bortfall ej redovisat.	Deltagarna observerades av en forskarassistent och bedömdes med <i>Pain assessment in advanced dementia scale- Chinese version (PAINAID-C)</i> under 3 dagar på vardera avdelning.	Chi- square test, Deskriptiv statistisk, ANOVA, Tukeys.	Av 112 deltagare visade 36,6 % (=41) indikatorer på smärta. Smärtan var vanligast vid assisterade situationer där fasthållning som vid dusch och förflyttning förekom. Av de med smärta uppmärksammades 10 som vidare rapporterades till övrig personal. Patienter som inte kunde hjälpa till fysiskt uppvisade en högre smärtnivå.
Taiwan							
2011							
Monroe T, Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan R.	Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.	Att identifiera smärta hos dementa personer med cancer vid slutet av levnadstiden.	Retrospektiv studie med kvantitativ ansats.	Patientjournaler (n=48) Bortfall (n=28)	<i>Discomfort Behaviour Scale (DBS)</i> och <i>Cognitive Performance Scale (CPS)</i> användes och med hjälp av programmet <i>Minimum Data Set (MDS)</i> kunde dokumenterad data tas fram ur journalerna ifrån 90 dagar innan patienten avled.	Cronbach's alpha, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney test med Bonferroni, Spearman.	Desto sämre kognitiv förmåga (CPS), desto färre smärtindikerande motoriska symtom enligt DBS- skalan. Patienterna med svårare demenssjukdom hade färre dokumenterade symtom. Desto svårare grad av sjukdom desto färre motoriska och observerbara symtom uppvisade patienten. Att enbart använda avsedda smärtskattningsskalor till personer med allvarlig kognitiv störning gav liten eller begränsad information.
USA							
2011							
Zwakhalen S, Hamers J, Peijnenburg R, Berger M.	Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia.	Att undersöka olika grupper ur vårdpersonalens kunskaper och erfarenheter kring smärta hos äldre dementa och dess identifiering och hantering.	Tvärnittsstudie med kvantitativ ansats.	Sjuksköterskor och undersköterskor (n=123) Bortfall (n= 41) Sjuksköterskestudenter (n=25) Smärtspecialist sjuksköterska (=20)	Ett frågeformulär med påståenden om smärta med svarsalternativ; instämmer helt – ingen åsikt - instämmer inte alls. Frågeformuläret delades ut med informationsbrev, deltagarna fick 2 veckor att svara.	Principal Component Analysis (PCA), Mann-Whitney U test, Bonferroni korrekt alpha.	Kunskapsbrister kring smärta och äldre identifierades hos omvårdnadspersonalen. Resultatet visade även oro över beroendutveckling av smärtlindring. Nästan alla deltagare instämde helt att på deras avdelning var bra på smärtidentifiering och dess hantering. Högre utbildning gav fler korrekta svar.
Nederländerna							
2007							

Bilaga 1

<p>Zwakhalen S, Hof C, Hamers J. Nederländerna 2012</p>	<p>Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.</p>	<p>Att undersöka möjligheterna till regelbunden smärtskattning hos demenssjuka och vid förmodad smärta undersöka vilka åtgärder som tillämpas.</p>	<p>Explorativ, deskriptiv observationsstudie med kvantitativ och kvalitativ ansats</p>	<p>Patienter (n=22) Bortfall (n= 18) Omvårdnadspersonal (n= 6)</p>	<p>Två gånger i veckan i 6-veckor mättes smärta med <i>Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate– Dutch version (PACSLAC-D)</i> av vårdpersonalen. Poäng som indikerade smärta dokumenterades och kontrollerades igen till dess att poängen indikerade på ingen smärta. Åtgärder dokumenterades. Intervjuer skedde under 3 tillfällen (före, under, efter intervention) med 6 ur vårdpersonalen.</p>	<p>Cronbachs alpha, Interrater reliabilitet, Deskriptiv statistik.</p>	<p>Av 260 smärtskattningsskalor som samlades in indikerade 60 på smärta. Vid hälften av dessa fanns dokumenterad åtgärd. Vårdpersonalen rapporterade svårigheter och osäkerhet avseende bedömningen med smärtinstrumentet. En del beteenden ansågs inte vara smärtindikerande utan berodde på stress, panik eller andra orsaker. De åtgärder smärtskattningsskalorna bidrog med var i 49 % icke- farmakologiska som tröst, massage och avledning. 44 % ledde till ingen intervention. 12 (5 %) fall konsulterades läkare angående farmakologisk smärtlindring.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--