



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Smärtbedömning av person med demenssjukdom

Litteraturstudie

Författare: Kaidi Juurmaa & Sara von Ahn

Handledare: Siv Wictorin Nilsson

Kandidatuppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Smärtbedömning av person med demenssjukdom

Litteraturstudie

Författare: Kaidi Juurmaa & Sara von Ahn

Handledare: Siv Victorin Nilsson

Kandidatuppsats

Våren 2014

Abstrakt

Smärta är problematiskt vad gäller personer med demens då deras kognitiva förmåga gör det svårt för dem att förmedla sina upplevelser av smärta. Detta ställer särskilda krav på sjuksköterskan och annan hälso- och sjukvårdspersonal eftersom upplevelse av smärta förmedlas på andra sätt och därför måste observeras.

Syftet med denna studie var att belysa olika smärtskattningsskalor samt belysa faktorer som påverkar bedömningen hos personer med demens. Metoden var en litteraturstudie där tio artiklar systematiskt analyserades. Resultatet visade att det finns flera olika smärtskattningsskalor som kan användas för personer med demens. Den komplexa bild som demenssjukdom utgör ställde stora krav på kompetens samtidigt som det fanns stora brister i rutiner kring uppföljningen och flera faktorer som kunde påverka resultatet. Ytterligare studier kring rutiner i samband med smärtskattning inom omvårdnad kring personer med demens behövs.

Nyckelord

Demens, smärta, smärtskattningsskalor, litteraturstudie

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Smärta.....	3
Smärtskattning.....	4
Demenssjukdom	5
Författningar.....	6
Syfte	6
Metod	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska avvägningar	9
Resultat.....	9
Smärtskattningsskalor	10
Kompetens att bedöma smärta	13
Faktorer som kan påverka bedömningen	15
Behandling och åtgärder.....	17
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats och kliniska implikationer	24
Författarnas arbetsfördelning	25
Referenser.....	26
Bilaga 1(Matris)	30

Introduktion

Problemområde

Den ökade medellivslängden kan leda till att det kommer att finnas flera äldre personer som behöver omvårdnad i framtiden (Statistiska Centralbyrån, 2012). Smärttillstånd är en del i omvårdnad där sjuksköterskan har en nyckelroll i att bedöma smärta, ge smärtlindring och utvärdera dessa insatser (Grefberg & Johansson, 2007). Smärta är särskilt problematiskt vad gäller personer med demens då deras kognitiva förmåga gör det svårt för dem att förmedla sina upplevelser av smärta (Ekwall, 2010). Detta ställer särskilda krav på sjuksköterskan och annan hälso- och sjukvårdspersonal eftersom upplevelse av smärta förmedlas på andra sätt och därför observeras oftare.

Enligt Reynolds, Hanson, DeVellis, Henderson och Steinhauser (2008) är det svårare att ge smärtlindring till personer med demens på grund av deras nedsatta kognitiva förmåga. De kan inte alltid uttrycka sin smärta i ord vilket innebär en risk att personalen missar smärta. Därför är det viktigt att kunna identifiera smärta även hos patienter som uttrycker smärta på annat sätt. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskan mer kunskap om dessa tecken men också vilka redskap och mätinstrument som finns till hjälp.

Denna studie kommer att belysa hur smärta kan bedömas hos personer med demenssjukdom.

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskans arbete och kompetensområden utgå från ett etiskt förhållningssätt och en värdegrund som bygger på en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2005).

Den grundläggande och överordnade principen för all omvårdnad är människovärdesprincipen som bygger på att alla människor har lika värde. Bland annat

innebär detta att alla människor har rätt till samma hälso- och sjukvård oberoende av personliga egenskaper och/eller funktioner i samhället. Sjuksköterskans arbete bygger på att alla patienter, även personer med demenssjukdom, kan uppleva mänskliga känslor så som smärta, sorg, glädje och mening i sin tillvaro. Svårigheter att kommunicera sina behov vid demens gör dessa personer extra sårbara och beroende (Friberg & Öhlén, 2009).

Genom ovanstående perspektiv utgår omvårdnad från två aspekter; sakaspekten och relationsaspekten. Medan sakaspekten utgår från de praktiska och konkreta åtgärderna omfattar relationsaspekten sättet omvårdnadsåtgärderna utförs på. Omvårdnad kan ses som en helhet där båda dessa aspekter är sammanflätade och där det krävs att sjuksköterskan kan sätta sig in i patientens situation och ha förståelse för dennes upplevelser (Friberg & Öhlén, 2009). Travelbees omvårdnadsteori betonar ”mellanmänskliga aspekter” och särskilt relationen mellan sjuksköterska och patient. Centrala begrepp inom teorin är lidande, mening, kommunikation och människan som individ. Travelbee utgår från att sjukdom och lidande är en personlig upplevelse och att det är sjuksköterskans uppgift att förändra den sjukes situation och minska lidande genom att möta specifika omvårdnadsbehov. För att kunna möta dessa omvårdnadsbehov är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap kommunikationen som bör vila på ett empatiskt förhållningssätt. I en god omvårdnadsrelation är patient och sjuksköterska beroende av varandra (Travelbee, 1966).

Smärta

Smärta kan definieras som en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse. Smärta kan delas in i akut och långvarig. Vidare kan den indelas enligt de mekanismer som utlöser den. Vanligtvis delas smärtan i fyra undergrupper; nociceptiv smärta, neurogen smärta, psykogen smärta samt idiopatisk smärta (Grefberg & Johansson, 2007).

Smärtans natur avgörs av det samlade budskap som sensorerna förmedlar till sensoriska cortex i hjärnan. Förutom de rent fysiologiska mekanismerna har olika komponenter i form av sociala, ekonomiska, kulturella och emotionella förhållanden ytterligare betydelse för smärtans modalitet och för hur varje individ upplever smärta (Ericsson & Ericsson, 2012).

Med modalitet menas att livserfarenheterna påverkar hur varje person tolkar och hanterar smärta vilket exempelvis kan ses i en kontext av kultur, religion och socialt sammanhang. Smärta blir därmed något mycket personligt och bör i all bedömning ses som att det är vad patienten ”säger att det är”. För många patienter kan smärta vara svårt att verbalisera och konkretisera. Exempelvis kan det för många äldre som blivit socialiserade i att inte erkänna smärta vara svårt att uttrycka denna (Nay & Fetherstonhaugh, 2012). Enligt Subramanian, Allcock, James och Lathlean (2011) utgör smärta och den individuella kontexten kring smärta därmed en av de största utmaningarna för sjuksköterskan idag. Exempel på andra omständigheter kan vara kliniska riktlinjer, smärtbedömningsinstrument och sjuksköterskans individuella erfarenhet och kunskap.

Smärtskattning

Smärta är en subjektiv upplevelse och således finns inga exakta metoder för att mäta den. En smärtanalys är en grundförutsättning för att kunna diagnosticera och klassificera smärttillståndet. Syftet med en smärtanalys är att identifiera bakomliggande orsaker och för att kunna välja en optimal behandlingsstrategi. En smärtanalys består av anamnes med tydlig information om smärtan, smärtskattning samt en klinisk undersökning (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Enligt vårdhandbokens rutiner bör patienten i möjligaste mån skatta sin smärta själv, utföras regelbundet vid postoperativ smärta, utvärderas före och efter vid behovsmedicinering, skattas i både vila och rörelse samt vid djupandning och hosta (Vårdhandboken, 2012a).

För att kunna uppskatta smärta finns flera smärtskattningsskalor. Det åtskiljs i den här meningen på unidimensionella och dimensionella smärtskattningsskalor. Unidimensionella kan vara numeriska skattningsskalor, den visuella analoga skattningsskalan, kombinerad numerisk och verbal skala samt verbala skattningsskalor. Unidimensionella skattningsskalor ger ett värde men säger i sig själv inget om exempelvis karaktären av smärtan eller på vilket sätt den upplevs. Syftet med dimensionella smärtskattningsskalor är att fånga upp fler dimensioner av smärtan och se hur smärtan upplevs utifrån flera spekter. På så vis kan dimensionella smärtskattningsskalor ge en samlad bild av smärtans karaktär, intensitet och

obehag men också av individens tankar och funderingar om smärttillståndet samt hur det inverkar på det vardagliga livet (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Exempel på dessa kan vara smärtteckning, pain-o-meter och McGill Pain Questionnaire. Hit hör också beteendeskolor av olika slag (Vårdhandboken, 2012b). Kunskap om olika mätinstrument och när de är lämpliga är nödvändig för att kunna uppskatta smärtans karaktär och för att kunna ge adekvat behandling (Subramanian et al., 2011).

Demenssjukdom

Demenssjukdom drabbar oftast personer över 65 år och innebär försämring av minnet och de kognitiva funktionerna, t.ex språk och exekutiv förmåga. Förändringar i hjärnans olika delar leder till demenssjukdom (Ekwall, 2010).

Enligt Berentsen (2010) definieras demens som:

Ett förvärvat organisk hjärnsjukdom hos en äldre person. Sjukdomen kännetecknas av nedsatt mental kapacitet och medför svikt i psykologiska processer som minne, uppmärksamhet, inlärning, tänkande och kommunikation. Den kognitiva svikten leder till nedsatt förmåga att klara det dagliga livets aktiviteter. Förändrat beteende är vanligt. Tillståndet är kronisk, går inte att bota och försämras ofta över tid (Berentsen, 2010, s.347).

Demenssjukdom kan indelas i 3 undergrupper: primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar (Larsson & Rundgren, 2011). Alzheimers sjukdom är vanligast under primärdegenerativ demens. Sjukdomen kommer smygande under en längre period och första tecken är att närminnet försämras och vardagliga aktiviteter blev svårare att utföra.

Kärlförkalkning eller en propp som hindrar blodflödet till hjärnan är orsaken till vaskulär demens. Diabetes, hypertoni och rökning kan även öka risken för vaskulär demens.

Symptomen beror på i vilken del av hjärnan skadan sitter. När en somatisk sjukdom leder till hjärnskador är det en sekundär demens. Det kan uppträda vid vitamin B 12 brist, hos alkoholmissbrukare och så vidare. Symptomen är då relaterad till somatisk sjukdom (Ibid).

Författningar

Några av lagarna som är reglerar verksamheten gällande vård av personer med demens är Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), samt Patientdatalagen (SFS 2008: 355). HSL har som mål att ge god vård på lika villkor till alla patienter. Socialtjänstlagen ska erbjuda ett tryggt liv för äldre men ändå möjligheten att vara självständiga. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ingår det specifikt i sjuksköterskans ansvarsområde att kunna tillämpa omvårdnadsprocessen bland annat genom att observera, bedöma, planera och genomföra samt utvärdera patientens omvårdnadsbehov. Vidare ska sjuksköterskan också arbeta för att motverka komplikationer i samband i sjukdom, vara med och utveckla en god vårdmiljö utifrån patientens behov och systematiskt koordinera omvårdnadsarbetet kring den enskilda patienten. Den juridiska formuleringen relaterat till sjuksköterskans ansvarsområde och yrkeslegitimation finns också beskrivet i Patientsäkerhetslagen (2010:659) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa olika smärtskattningsskalor samt belysa faktorer som påverkar bedömningen hos personer med demenssjukdom.

Metod

Metoden var en litteraturstudie som bygger på ett urval av 10 vetenskapliga artiklar. Avsikten med en litteraturstudie inom omvårdnad är att få en översikt över kunskapsläget inom ett vårdvetenskapligt område och/eller ett problem inom omvårdnadsområdet (Friberg, 2006). Således kan både kvantitativ och kvalitativ forskning ingå i studien. Enligt Polit och Beck (2008) är det viktigaste i en litteraturstudie att den är balanserad och opartiskt. En fördel med litteraturstudie är att resultatet dels kan jämföras med tidigare studier men också lägga grunden och kontexten för en ny studie.

Urval

Eftersom demens oftast drabbar personer över 65 års ålder inkluderades artiklar gällande studier på personer över 65 år (Berentsen, 2010), såväl män som kvinnor samt alla former av demens. Alla artiklar var publicerade från januari 2003 till januari 2014 och publicerade på nordiska språk och engelska. Multisjuka och psykiska diagnoser blev exkluderade.

Datainsamlingen gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. PubMed är en databas med inriktning för medicin och omvårdnad med referenser till tidskriftsartiklar. Cinahl är inriktad mot omvårdnad och innehåller även böcker, avhandlingar och rapporter (Landèn, 2011).

Sökord som användes var; *dementia-demens, pain assessment- smärtanalys, smärtskattning, pain measurement – smärtanalys, dementia diagnosis – demens diagnos, agitation-rastlöshet, Doloplus-2, facial expression-ansiktsuttryck.*

Datainsamling

Artiklar som söktes var baserade på urvalskriterierna. Sökorden kombinerades och sammanställdes i sökscheman, (Tabell 1 och Tabell 2), för få en översiktsskild av antal artiklar. Efter sökningen gjordes ett första urval baserat på artiklarnas rubriker. Olika smärtbedömningsskalor skulle vara skrivet i rubriken. Andra urvalet gjordes efter genomläsning av abstrakter Dessa artiklar granskades enligt en granskningsmall för att kontrollera kvaliteten. Frågor i granskningsmallen kunde röra forskningens syfte, metod, urvalsstrategi, dataanalys etc. Om artikeln uppfyllde 60-69% av mallen då hade den låg kvalitet. 70-79% visade medel och 80-100 % hög kvalitet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). De artiklar som inte uppfyllde minst 70 % exkluderades. Av utvalda artiklar sammanställdes de artiklar som skulle användas i litteraturstudien i en litteraturmatris (Bilaga 1). Kvalitén hos utvalda artiklar som använts i studien är redovisat i artikelmatrisen. Samtliga utvalda artiklar markerades med en asteriks i referenslistan.

TABELL 1. Sökning i PubMed

	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	"Dementia"	148 770			
#2	"Pain assessment"	97 516			
#3	"Agitation"	1388			
#4	#1 AND #2 AND #3	26	4	3	2
#5	"Doloplus-2"	20	3	2	2
#6	"Facial expression"	646			
#7	#1 AND #2 AND #6	20	2	1	1

TABELL 2. Sökning i Cinahl

	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	Dementia	23,992			
#2	Pain Measurement	111, 079			
#3	Challenges	23, 323			
#4	#1 AND #2 AND #3	12	9	7	2
#5	Dementia diagnosis	5, 970			
#6	#2 AND #5	64	15	9	3

Dataanalys

Gemensamt för analys av data i en litteraturstudie är att analysen ska göras systematiskt och konsekvent. En metod för att systematiskt organisera och analysera information från artiklarna är att använda ett "protokoll" där mönster av teman noteras och kategoriseras (Polit & Beck 2008). Artiklarna lästes först igenom i sin helhet för att därefter bli fokuserade på var

och en. Detta innebär i huvudsak att upptäcka regelbundenheter genom att identifiera huvudteman och gemensamma beröringspunkter. Slutsatser om varje artikel dokumenterades i protokollet. Ett protokoll har fördelen att det presenterar en överskådlig bild som gör det lättare upptäcka mönster av teman och kategorier än att återgå till artiklarna varje gång information ska sammanställas (ibid.). Utifrån studiens syfte sammanställdes slutsatserna från litteraturen i ett resultat under följande teman : Smärtskattningsskalor, Kompetens att bedöma smärta, Faktorer som kan påverka bedömningen och Behandling och åtgärder.

Forskningsetiska avvägningar

Etiskt ansvar utgör grunden för all forskning. Enligt Polit och Beck (2008) är etiska problem särskilt tydliga i forskning som berör omvårdnad. Generella vägledande etiska principer för sjuksköterskan har bland annat arbetats fram av International Council of Nurses genom Code of Ethics for Nurses (ICN, 2012). Vidare är personer med demens en grupp som identifierats som särskilt sårbara på grund av mental och kognitiv funktionsnedsättning och där det vid studier föreligger ett möjligt etiskt dilemma (Polit & Beck 2008).

Utifrån detta ska alla artiklar som ingår i arbetet ha beaktat etiska principer samt att personer som ingått i studien ha fått skriftlig/muntlig information om studien och gett sitt samtycke antingen själva eller genom en företrädare.

Resultat

Resultatet redovisas under följande fyra kategorier som också utgjorde de teman som framkom under arbetet med att analysera artiklarna: Smärtskattningsskalor, Kompetens att bedöma smärta, Faktorer som påverkar bedömningen och Behandling och åtgärder.

Smärtskattningsskalor

Övergripande resultat för litteratursökning är att det finns smärtskattningsskalor som är anpassade till patienter med demens. PAIN-AD, DOLOPLUS-2, CNPI, Mahoney Pain Scale, Abbey Pain Scale, PACSLAC-D och Discomfort Behaviour Scale är de som har används i studierna

TABELL 3. Smärtskattningsskalor

Namn	Om instrumentet	Faktorer som mäts	Poäng	Referens
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD)	Härstammer från två olika smärtskalor. Första är den obehag skala för patienter med Alzheimer och den andra är skala för postoperativ smärta hos unga barn, som observerar ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet	Andning, ansiktsuttryck, negativa läten, kroppspråk och tröstbarhet	Alla skalans delar skattas i tre poäng skala från noll till två som samman räknat kan ge max tio poäng.	Ersek, Herr, Blazej Neradilek, Buck & Black, 2010
The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)	Bedömningskala för vuxna med nedsatt kognitiv beteende eller icke-verbala.	Läten, ansiktsuttryck, rastlöshet, verbala klagomål, gnidning och uppiggande	Befintlig- 1 poäng eller obefintlig- 0 poäng	Ersek et al., 2010

Namn	Om instrumentet	Faktorer som mäts	Poäng	Referens
DOLOPLUS-2	Bedömningsskala för smärta för äldre med demens.	Somatiska, psykomotoriska och psykosociala reaktioner. Somatiska reaktioner: klagan över kroppslig besvär, smärtfri kroppsställning i vila, skyddande av smärtande områden, mimik och sömn. Toalett, påklädning och rörlighet är underrubriker för psykomotorisk kategori. Sista kategorin består av kommunikation, socialt beteende och beteendestörningar	Från noll till tre	Ando & Hishinuma, 2010
Abbey Pain Scale (APS)	Smärtskalan för patienter med demensjukdom	Röstuttryck/ljud, ansiktsuttryck, förändrat kroppsspråk, förändrat beteende, fysiologisk förändring och kroppsliga förändringar.	Man ger betyg från noll till tre, där noll står för inte alls och tre för mycket. Summerat poäng 0-2 visar ingen smärta, 3-7 mild, 8-3 måttlig och 14+ svår smärta	Neville & Ostini, 2013
Discomfort Behaviour Scale (DBS)	Smärtinstrument som observerar beteende.	Upprepande verbaliseringar, sömnrubbnings, oro, gråt, upprepade rörelse, tillbakadragenhet, minskad social aktivitet, runt- vandring, verbal och fysisk aggressivitet, vård motverkande	Max poäng är 102	Monroe, Carter, Feldt, Tolley & Cowan, 2011

Namn	Om instrumentet	Faktorer som mäts	Poäng	Referens
Mahoney Pain Scale (MPS)	Syfte är att skilja mellan smärta och agitation	Ansiktsuttryck, läten, språk samt genom att observera förändringar i andningen.	8 punkter längs en 4 poängs skala där 0 indikerar ingen smärta och 3 indikerar svår smärta.	Mahoney, Psych & Peters, 2008
Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC-D)	Smärtbedömningskala för äldre med demens eller en annan kognitiv svikt som gör det svårt för dem att kommunicera.	Ansikts uttryck, kropp rörelse, personlighet och övriga. Övrig kategori består av ät och sovanor, röstuttryck/ ljud och psykologiska förändringar	Befintlig- 1 poäng eller obefintlig- 0 poäng	Zwakhalen, Evan't Hof & Hamers, 2012

Kompetens att bedöma smärta

Zwakhalen, Evan't Hof & Hamers (2012) fann i sin studie om PACSLAC-D att även om genomförandet av smärtbedömningar gjordes regelbundet så fanns det stora brister i utförandet och uppföljningen. I studien som gjordes i Nederländerna med fyrtio deltagare konstaterades det att smärtbedömning inte ingick som en rutin i den dagliga omvårdnaden och därför ofta missades. Likaså ledde registrering av smärta inte alltid till att smärtbehandling påbörjades. Enligt studien kan detta möjligen bero på begränsad kunskap hos personalen (ibid.).

I den engelska studien gjord av Jordan, Hughes, Pakresi, Hepburn och O'Brien (2010) observerades nyttan av använda PAIN-AD som smärtskattningsskalor vid demenssjukdom under tre tillfällen baserat på 131 deltagare. I resultatet framgick det att PAIN-AD kan vara till hjälp vid utvärdering av smärta men att själva bedömningsprocessen är en komplicerad uppgift som kräver mer än smärtskattningsskalor för att få en tillförlitlig bedömning. Även om PAIN-AD i studien identifierades som lätt att använda är det viktigt att den personal som utför smärtskattningen har erhållit undervisning i hur instrumentet fungerar (ibid.). Ovana eller otillräcklig kompetens i hur smärtskattning med PAIN-AD ska göras kan leda till felbedömningar, otillräcklig uppföljning eller dokumentering av resultatet (Zwakhalen et al., 2012). I utvecklandet av japanska DOLOPLUS-2 fann Ando och Hishinua (2010) i sin studie gjord på personer med demens och vid intervjuandet av tjugo sjuksköterskor att en av de viktigaste faktorerna för att kunna utföra korrekt smärtskattning med är att känna till en patients vanor och regelbundna beteendemönster. Detta eftersom innebörden av ett visst beteende endast kan kartläggas om det finns en så fullständig beskrivning som möjligt av patientens vanliga tillstånd (ibid.).

Mahoney, Psych och Peters (2008) studie gjord på 135 personer med demens i Australien med syfte att förbättra smärtskattning vid demenssjukdom menar att den viktigaste kompetensen utgörs av kunskap om demens samt om hur smärtskattningsskaloret fungerar. Även om studien endast inkluderade sjuksköterskor menar Mahonet et al. (2008) att MPS generellt sett ska kunna användas av annan hälso- och sjukvårdspersonal än bara sjuksköterskor så länge personalen som utför skattningen känner patienten väl (ibid.). Den

amerikanske studien gjord av Ersek, Herr, Blazej Neradilek, Buck och Black (2010) observerade sextio personer med demens i rörelse och vila med PAIN-AD och CNPI. Även denna studie betonar vikten av rätt kompetens i den mening att hälso- och sjukvårdspersonal måste ha rätt utbildning i hur smärtskattningsskalor ska användas men också att personalen måste känna till definitionen för varje beteende som skattas för att minimera egen påverkan av resultatet. Studien ställer krav på kontinuitet av personalen och menar att hög omsättning kan påverka smärtbedömningen som helhet eftersom otillräcklig kännedom om patienterna kan göra att viktiga symtom misstolkas eller förbises (ibid). Ovanstående studie understryker liksom Ando och Hishinua (2010) vikten av att känna till en patients normala beteende. För att göra detta krävs dagliga interaktioner, observationer och dokumentation men samma studie menar också att det inte finns någon enhetlig metod för att skatta smärta (Mahoney et al., 2008).

I den norska studien gjord av Lillekroken och Slettebo (2013) var syftet att kartlägga sjuksköterskors upplevelse av smärtbedömning inom demensvården. Utav de 18 sjuksköterskorna som intervjuvades i tre fokusgrupper rapporterade många att de inte hade för vana att använda smärtskattningsskalor utan istället observerade kroppsspråk och beteendeförändringar för att uppmärksamma smärta hos sina patienter. Detta baserades på antagandet att personer med demens har svårt att verbalisera sin smärtupplevelse och därmed förmedlar sitt behov av smärtlindring genom beteende och kroppsspråk istället. Många sjuksköterskor som ingick i studien uttryckte ett behov av riktlinjer om hur de skulle förhålla sig till smärta och smärtlindring då dessa saknades på samtliga vårdboenden där de arbetade. Likaså saknades enhetliga rutiner för behandling och smärtlindrande åtgärder vilket ställde krav på sjuksköterskornas kompetens och kunskap om smärta vid demenssjukdom. Bland annat önskades en standardisering av hur uppföljning av smärtbedömningen skulle göras (ibid).

Neville och Ostini (2013) visar i sin australiensiska observationsstudie där tjugosex sjuksköterskor bedömde smärta hos 157 personer med demens att mindre utbildad personal hade en högre benägenhet att underskatta patienternas smärta vid användandet av DOLOPLUS-2, CNPI och APS. I resultatet understryks därför vikten av rätt kompetens och

kunskap för att kunna uppmärksamma och bedöma smärta eftersom smärtskattningsskalor endast bör ses som en metod av flera (ibid.).

Faktorer som kan påverka bedömningen

De flesta personer med demens har en komplicerad sjukdomsbild med många läkemedel vilket gör det svårt för sjuksköterskor att reda ut vad som kan vara tecken på smärta, agitation, patofysiologiska tillstånd eller läkemedelsbiverkningar (Lillekroken & Slettebo, 2013). Detta är problematiskt eftersom det många gånger är svårt att veta i vilket stadium av demenssjukdomen personen befinner sig i och därmed gör det svårare att skilja på symtom som beror på läkemedelsbiverkningar, somatisk sjukdom eller psykosociala faktorer (ibid.).

Zwakhalen et al. (2012) talar också om läkemedel som viktig faktor som kan påverka bedömningen i den mening att många patienter som rapporteras uppleva smärta redan har smärtstillande och psykofarmaka insatt och därmed gör det svårt för sjuksköterskan att veta hur personen kan behandlas ytterligare (ibid.). Vidare kan läkemedel och smärtstillande läkemedel överbelasta hjärnan och interagera på ett sätt som ytterligare kan komplicera sjukdomsbilden. Biverkningar kan också lätt förväxlas med psykiska symtom och beteendemässiga symtom som ofta uppträder vid demens (Lillekroken & Slettebo, 2013).

Ersek et al. (2010) problematiserar parametern för andningsmönster i jämförelsen mellan PAIN-AD och CNPI. Båda instrumenten skattade högre poäng i rörelse än i vila och indikerade att smärtupplevelsen var högre vid rörelse. Detta berodde främst på att parametern för andningsmönstret ändrades i rörelse och inte nödvändigtvis berodde på smärta. Studien utesluter dock inte att det samtidigt kunde handla om rörelseutlöst smärta men konstaterar att varken PAIN-AD eller CNPI ensamma ger en tillförlitlig skattning av smärta (ibid.). Detta stämmer överrens med Neville och Ostini (2013) som också rapporterar att parametern för andning är problematisk i den mening att fysiologiska förändringar andningsmönstret främst är förknippat med akut smärta och inte vid långvarig smärta och därmed kan bedömas fel och på så vis påverka resultatet.

Jordan, Regnard, O'Brien och Huges (2011) menar i sin studie gjord i England där olika smärtskattningsskalor jämfördes vid bedömning av smärta hos 131 personer med demens, att en av de största svårigheterna är att skilja mellan smärta och agitation. I studien jämfördes bland annat smärtskattningsskalorna DisDAT och PAIN-AD för att ta reda på om instrumenten endast uppmärksammar smärta eller om andra faktorer också räknas in. I resultatet framkom det att beteenden som oftast förväxlas med smärta är stress och agitation (ibid.). Agitation kan bero på en rad olika orsaker så som kognitiv funktionsnedsättning, psykosociala faktorer i miljön och/eller fysiskt obehag så som smärta (Mahoney et al., 2008). Ersek et al. (2010) menar också att agitation och smärtpåverkat beteende delar symtomatiska likheter vilket ökar risken för sammanblandning. Följaktligen skiljer sig de tecken och beteenden som associeras med smärta inte från dem som har andra orsaker vilket gör det svårt att tala om unika smärtbeteenden vid demenssjukdom (Jordan et al., 2011). Detta stärks av studien som gjordes enbart på PAIN-AD där det visade sig att även om PAIN-AD hade hög sensitivitet så gjorde den inte skillnad på smärta eller agitation (Jordan et al., 2010). Samma problem uppmärksammades i studien om regelbunden smärtbedömning med hjälp av PACSLAC-D. Resultatet fann att det var lätt att förbise, blanda ihop eller missuppfatta viktiga ledtrådar då patienten ger uttryck för agitation. En grimas kan exempelvis uppfattas både som ett leende och som uttryck för smärta (Zwakhalen et al., 2012).

En annan viktig faktor som kan påverka smärtbedömningen beskrivs av Kunz, Mylius, Scharmann, Schepelman och Lautenbacher (2009) som i sin studie från Tyskland hävdar att förekomsten av demenssjukdom påverkar flera olika smärtkomponenter hos olika personer med demens på olika sätt. Studien gjordes på trettiofem personer med demens utifrån observationer och intervjuer efter det att dem utsatts för lätt smärtstimulering. I resultatet framgick det att personer med demens har en nedsatt kognitiv funktion som gör det svårt att kontrollera beteendemässiga impulser och att dessa impulser inte alls måste innebära uttryck för smärta (ibid).

I likhet med Monroe, Carter, Feldt, Tolley och Cowan (2011) som i sin amerikanska retrospektiva studie undersökte hur cancerrelaterad smärta hos fyrtioåtta personer med demens skulle kunna bedömas i livets slutskede. Studien visar att många personer med avancerad demens har färre smärtbeteenden. Detta förklaras med att personer med demens har

en sämre kognitiv funktion men också på grund av neuropatologiska förhållanden i hjärnan som uppstår vid avancerad demenssjukdom. Personer med demens kan initialt få ett ökat smärtbeteende men detta beteende kan avta i takt med att demenssjukdomen förvärras. Således menar Monroe et al. (2011) att demenssjukdomens svårighetsgrad utgör en av de viktigaste faktorerna som kan påverka bedömningen av smärta. Utan hänsyn till demensens svårighetsgrad är risken stor att smärta i många fall förblir obehandlad. Därför bör observationer av beteendemässiga indikationer på smärta är inte ses som en tillförlitlig metod (ibid.).

Behandling och åtgärder

Lillekroken och Slettebo (2013) kategoriserar tre teman som ständigt måste tas i beaktning vid all behandling av smärta hos personer med demens: patientens höga ålder, komorbiditet och polyfarmaci, rutiner för smärtlindring samt etiska dilemman. Ju äldre en patient är ju lägre tolerans har patienten för läkemedel och i synnerhet smärtstillande. Patientens eventuella samsjuklighet i kombination med flera läkemedel påverkar effekten av smärtlindring och kan göra det svårt att hitta nya vägar för effektivare smärtlindring (ibid.). I studien gjord av Monroe et al. (2011) uppmärksammas också den farmakologiska aspekten. I resultatet framgick det att den totala mängd läkemedel (psykofarmaka och smärtstillande) som administrerades under de två sista veckorna till personer med avancerad demens inte överrensstämde med dokumenterat smärtbeteende. De fann också en gemensam nämnare i det att personer med liten demensutveckling och personer med svår demensutveckling vid flera tillfällen dokumenterades ha en låg smärtupplevelse. Skillnaden mellan dessa två grupper låg i att den förstnämnda gruppen som inkluderade personer med liten demensutveckling oftast kunde rapportera om smärta och därmed få behandling mot den insatt (ibid.).

Neville och Ostini (2013) menar i likhet med Mahoney et al. (2008) att all smärtskattning måste kompletteras av en klinisk bedömning och att bedömning av smärta inte kan göras utifrån ett enskilt smärtskattningsskalor. I studien gjord av Zwakhalen et al. (2012) konstaterades det att även om sjuksköterskorna hade en hög följsamhet vad gäller genomförandet av smärtbedömningar upplevde många sjuksköterskor det svårt att tolka

smärtan. Främst gällde det svårigheter i att utreda om det låg något annat bakom resultatet så som ångest, stress eller paniktillstånd och därmed vilken åtgärd som var lämpligast att vidta. I ungefär hälften av de situationer där smärtupplevelsen bedömdes som låg så tillämpades inga särskilda interventioner för att utreda eller behandla smärtan. I de fall då patienten redan hade smärtlindring i form av läkemedel användes icke-farmakologiska metoder så som tröst, distraktion och massage (ibid.). Lillekroken och Slettebo (2013) menar dock att smärtlindring i förekommande fall av polyfarmaci kan öka risken för läkemedelsinteraktioner och ge ytterligare kognitiv funktionsnedsättning. Vid de fall där metoden går ut på att ”prova sig fram” måste noggrann övervakning och dokumentering göras för att kunna kartlägga effekten av smärtlindringen (ibid.).

Smärta kan leda till ökad agitation och stressat beteende vilket kan reduceras av adekvat smärtlindring när psykofarmaka är ineffektivt. Som visat innan uppstår svårigheter när det inte går att skilja på smärta och agitation (Mahoney et al., 2008). För att kunna skilja mellan smärta och agitation krävs en så fullständig beskrivning som möjligt av patientens normala tillstånd. Utifrån detta går det sedan kartlägga innebörden av ett beteende (Ando & Hishinuma, 2010). Information om en patients humör och normala status fungerar således som en baslinje och där plötsliga avvikelser från denna kan vara tecken på smärta. Ju större avvikelse från baslinjen som observeras, ju mer sannolikt är det att en patient upplever smärta. Stressat beteende eller agitation i sig är därför inte en indikation på smärta så länge detta faller inom ramen för den specifika patientens ”normala beteende” (Mahoney et al., 2008).

Flera studier pekar också på att patienten troligtvis upplever smärta om det går att se förändringar i beteendet efter administrering av smärtstillande läkemedel (Ando & Hishinuma, 2010; Zwakhalent et al., 2012; Lillekroken & Slettebo, 2013). Problem uppstår istället när hälso- och sjukvårdspersonal tar för givet att agitation och stress är en del av demenssjukdomen och således inte ett tecken på smärta som bör utredas (Mahoney et al., 2008).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna valde att göra en litteraturstudie med motiveringen att det ger en bra översikt över ämnesområdet och studier som gjorts som kan vara aktuella för författarnas frågeställning. Litteraturstudier är också en bra möjlighet att jämföra olika resultat och för att få en bild över den samlade kunskap som finns (Friberg, 2006). Sökningen gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. Dessa databaser valdes ut eftersom de utgör en samlad bas för vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsområdet. Dessa två databaser ansågs vara tillräckliga, både innehållsmässigt och vad gäller omfattning med tanke på detta arbetes storlek och tidsram. I databasen PubMed användes Mesh sökord för att underlätta sökningen. I databasen Cinahl användes inte cinahl heading, det vill säga dennes motsvarighet till MeSH. Eftersom liknande sökord användes ansågs detta inte påverka sökresultatet väsentligt men det kan naturligtvis inte uteslutas.

De sökord som utgjorde grunden i arbetet utefter syftet var ”dementia”, ”pain assessment” och ”pain measurement”. Därefter gjordes ytterligare tillägg med sökord för att minska antalet artiklar och på så sätt specificera sökningen efter syftet. Under sökningen i databaserna kunde möjligtvis fler sökord ha kombinerats.

De utvalda studierna som presenteras i artiklarna är gjorda i Australien, Tyskland, USA, Norge, Japan och England. Då studierna som presenteras i artiklarna är gjorda i olika länder är det svårt att uttala sig om generaliserbarheten i resultatet. Det hade varit värdefullt med en studie från Sverige för att veta hur det ser ut här men efter sökningen påträffades ingen artikel som passade syftet.

Exklusionskriterier var multisjuka personer med demens och personer med en psykisk sjukdom. Två kommentarer kan göras här. Inga av artiklarna som granskades nämnde något om multipla sjukdomar eller andra bakomliggande sjukdomar förutom en. Denna artikel inkluderade smärta vid cancer men eftersom tyngdpunkten låg vid smärtan och smärtskattningen valde författarna att ta med den ändå. Det framkom också i flera artiklar att

många personer med demens redan har smärtstillande läkemedel och psykofarmaka utan att det nämndes något om andra sjukdomar. Slutsatsen författarna drar av detta är att det inte kan garanteras att artiklarna som ingått i studien har exkluderat personer med andra sjukdomar förutom demens även om detta var intentionen.

Urvalet av artiklar granskades med en granskningsmall. Eftersom det var svårt att endast hitta artiklar med bra kvalitet blev det slutliga urvalet av artiklar blandat med medel till bra kvalitet. Det bör också nämnas att samtliga smärtskattningsskalor som presenteras i resultatet finns beskrivna i artiklarna utom PACSLAC-D. Där hämtade författarna information från en utomstående referens.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att belysa olika smärtskattningsskalor samt belysa faktorer som påverkar bedömningen hos personer med demens. Resultatet visar att det finns olika smärtskattningsskalor som kan användas hos personer med demenssjukdom (Zwakhalen et al., 2012., Jordan et al., 2010).

Enligt International Council of Nurses's (2012) etiska kod för sjuksköterskor är smärtlindring en viktig del i en god omvårdnad. Inom ramen för Travelbee's omvårdnadsteori betonas vikten av en god omvårdnadsrelation mellan sjuksköterska och patient (Travelbee, 1966). Denna relation skapas genom kommunikation och ett empatiskt förhållningssätt och är nödvändig för att sjuksköterskan ska kunna möta den enskilda patientens omvårdnadsbehov och minska dennes lidande. En person med demens kan ofta inte kommunicera sina behov vilket utgör en stor utmaning i omvårdnadsrelationen till sjuksköterskan. Ett viktigt redskap för att kunna tolka och värdera om en person med demens upplever smärta är smärtskattningsskalor och beteendeobservationer. Dessa metoder är ett sätt för sjuksköterskan att tolka den kommunikation som patienten förmedlar, om det så är med kroppsspråk eller olika former av förändringar i beteendet.

Smärtupplevelse kan skilja sig från kultur till kultur och från religion till religion (Ericsson & Ericsson, 2012). Detta visade Ando och Hishinuma (2010) i sin studie när de översatt DOLOPLUS-2 till japanska och behövde justera skalan för att använda den i Japan. Det är viktigt att tänka på när man använder skalan i Sverige då patienten kommer från ett annat land.

Det finns många delar som kan leda till feltolkning av smärta. En del av studien visade att olika hälso- och sjukvårdspersonal kunde få olika resultat vid smärtbedömning. Neville och Ostini (2013) samt Zwakhalen et al. (2012) kom fram i deras studier att mindre utbildad personal underskattade patienternas smärta. Samtidigt visade Lautenbacher, Niewelt och Kunz (2013) i sin studie att det inte fanns någon skillnad mellan utbildad personal och kontrollgrupp när det gällde smärtbedömning. Det kan dock bero på att Lautenbacher et al. (2013) bara observerade ansiktsuttryck i sin studie.

Bland annat Zwakhalen et al. (2012), Mahoney et al. (2008) samt Ando och Hishinua (2010) visar att något av det viktigaste för att kunna bedöma smärta hos personer med demens är att känna till personen väl samt att ha kunskap om den specifika smärtskattningsskalan som används. Detta indikerar att den som känner patienten bäst och har kunskap om smärtskattningsskalan därmed också skulle kunna bedöma smärta hos personer med demens. Eftersom undersköterskor utför den dagliga omvårdnaden och därmed har mest interaktion med patienten är det oftast denna yrkeskategori som känner patienten bäst. Det är troligtvis också undersköterskor som först kommer lägga märke till en eventuell avvikelse i patientens normala beteende vilket i många studier betonades som en av de viktigaste parametrarna för att skilja mellan exempelvis smärta och agitation. Samtidigt visar resultatet att det inte går att förlita sig på ett enskilt smärtskattningsskala utan att detta måste kompletteras av en klinisk undersökning. Likaså måste resultatet dokumenteras, behandlas och följas upp vilket faller inom ramen för sjuksköterskans ansvarsområde och som arbetsledare. Både Mahoney et al. (2008) samt Ersek et al. (2010) betonar vikten av specifik kunskap om demenssjukdom för att kunna göra en korrekt smärtbedömning. Likaså ska användning av en ny smärtskattningsskala börja med utbildning i hur det fungerar vilket också talar för att sjuksköterskans specifika kunskap utifrån ett teoretiskt perspektiv är nödvändigt. Lillekroken och Slettebo (2013) visar också behovet av sjuksköterskans kompetens när det gäller kunskap om polyfarmaci och

läkemedelsbiverkningar vilket talar för sjuksköterskans arbetsledande roll vad gäller genomförande och uppföljning av smärtbedömningar.

Med tanke på den problematik som omger smärta och demens skulle vi därför vilja understryka sjuksköterskans roll som arbetsledare eftersom resultatet visar att smärtbedömning till stor del är beroende av undersköterskornas observationer. Sjuksköterskan bär det yttersta omvårdnadsansvaret och måste därför säkerställa att rutiner och riktlinjer kring smärtbedömning fungerar. Sjuksköterskan måste också se till att övrig hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med personer med demens har grundläggande kunskap om smärta vid demens så att de vet vilka tecken de bör vara observanta på. Detta ställer inte bara krav på sjuksköterskans medicinska kunskap utan också på ett pedagogiskt ledarskap.

En rad faktorer kan påverka resultatet som vid all smärtbedömning. Enligt Vårdhandboken ska patienter skattas både i vila och rörelse samt vid hosta och djupandning (Vårdhandboken, 2012a). Ersek et al. (2010) påpekade i sin studie att andning som tecken på smärta kan ifrågasättas eftersom skillnaden mellan andning i vila och rörelse är för stor och kan ge fel resultat. Eftersom det är troligt att andningsmönstret ändras vid mobilisering måste detta finnas i åtanke vid all smärtbedömning och följas upp med en klinisk bedömning.

En av de största utmaningarna specifikt för smärtbedömning av personer med demens är att skilja mellan smärta och agitation. Ett agiterat beteende kan upplevas som smärtpåverkat beteende och ett smärtpåverkat beteende kan i sin tur upplevas som agiterat beteende. Jordan et al. (2010) visade att gränsen mellan smärta och psykosocial svikt är svårt att avgöra. I studien där PAIN-AD och DisDat jämfördes visade resultatet till exempel att PAIN-AD hade hög sensitivitet och inte kunde skilja mellan smärta och agitation (ibid). Ingen studie som ingått i resultatet hade en specifik metod för att skilja mellan olika beteende eller för att kunna kartlägga bakomliggande orsaker till en patients beteende. Dock visade bland annat Mahoney et al. (2008) att en av de viktigaste indikationerna på smärta är att patientens beteende avviker från det normala beteendet. Normalbeteendet fungerar därför som baslinje och där plötsliga avvikelser kan vara tecken på smärta. Det är lätt att bedöma agitation som en del av demenssjukdom och inte som tecken på smärta (ibid.).

Smärta är en subjektiv upplevelse och påverkas också av kultur, religion eller uppväxt (Ericsson & Ericsson, 2012). Demenssjukdom under många år leder till nedsatt kognitiv beteende och därmed är det svårare att veta hur personen upplever sin smärta (Berentsen, 2010). Kunz et al. (2009) visade att demenssjukdom påverkade olika delar av smärta på olika sätt. Som exempel visade deltagarna i studien mer ansiktsuttryck vid smärtstimulering än vad kontrollgruppen gjorde. Monroe et al. (2011) visade i sin studie att personer med försämrade Alzheimer har färre smärtbeteende. Samtidigt visade Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo, Aarsland och Ljunggren (2008) att olika grader av demenssjukdom inte påverkade smärtans intensitet utan att det fanns skillnader i mängden av opioider som patienter fick. Där visade resultatet att patienter med demenssjukdom ofta var underbehandlade vad gäller smärta. Relaterad till detta behövs en god kunskap om demenssjukdom behövs för att patienternas lidande ska kunna undvikas.

Hög ålder och polyfarmaci måste förutom demenssjukdomen beaktas vid smärtlindringen eftersom toleransen för läkemedel minskar i takt med stigande ålder vilket kan göra det svårt att hitta effektiv smärtlindring (Lillekroken & Slettebo, 2013). Vad gäller rutiner och uppföljning av smärtbedömning visar Zwakhalen et al. (2012) att det fanns brister i båda delarna. Även om personalen gjorde smärtbedömning så saknades det behandling eller uppföljning. Likaså visade det sig också att när smärtupplevelse bedömdes som låg och patienten redan erhöll smärtlindring i form av läkemedel så var de främsta åtgärderna icke-farmakologiska metoder så som exempelvis massage och tröstning (Zwakhalen et al., 2012). Sjuksköterskor som deltog i studien av smärtbedömning inom demensvården rapporterade att de inte var vana med att använda smärtskattningsskalor men uttryckte ett behov av riktlinjer och rutiner kring detta (Lillekroken & Slettebo, 2013). Med tanke på hög ålder och polyfarmaci kan icke-farmakologiska åtgärder vara av värde. Effekterna av dessa åtgärder måste utvärderas på samma sätt som farmakologiska åtgärder för att säkerställa en fungerande smärtlindring. En förbättring i denna frågan kan göra stor skillnad för personer med demens och därför måste bedömning av smärta utgöra en del av vardagliga rutiner speciellt för personer med nedsatt kognitiv beteende.

Slutsats och kliniska implikationer

Tyngdpunkten i en evidensbaserad omvårdnad ligger i att granska resultat som har betydelse för patientens välmående (Willman, Stolz & Bahtsevani, 2006). Resultatet i denna litteraturstudie visar att smärtskalor för bedömning av smärta hos personer med demens finns men att de endast bör utgöra en del av smärtbedömningar eftersom inget instrument som ingått i studien ensamt ger ett adekvat resultat. Likaså visar resultatet att det saknas rutiner för smärtbedömning vid demens. Till exempel är det stor variation i vem som utför skattningen, hur ofta det görs och hur resultatet följas upp. Därför föreslår vi en empirisk studie kring rutiner i samband med smärtskattning och inom omvårdnad kring personer med demens.

Om sjuksköterskan ska kunna förändra patientens situation och bidra med välmående som Travelbee's omvårdnadsteori (1966) och den etiska koden (International Council of Nurses 2012) för sjuksköterskor föreskriver så är det nödvändigt att kunskap om dessa instrument och hur de används finns. Kliniska implikationer från denna studie visar att det behövs någon form av riktlinjer för hur dessa smärtskattningsskalor ska användas, när de ska användas och hur resultatet ska följas upp. Hälso- och sjukvårdspersonal som utförs smärtskattning måste utbildas i hur varje smärtskattningsskala fungerar samt faktorer som kan påverka resultatet och här betonas framförallt sjuksköterskans arbetsledande roll.

Evidensbaserad omvårdnad utgörs sammanfattningsvis av ett förhållningssätt och en process som innebär att omvårdnadsforskningen får vara ett komplement till annan kunskap. Kunskap från forskningsresultat kan kombineras med annan kunskap och erfarenheter från patienters, personers och familjers erfarenheter och upplevelser (William, Stolz & Bahtsevani 2006). Resultatet av denna studie kan integreras i omvårdnaden av personer med demens genom att visa på vikten av en utförlig och noggrant genomförd smärtbedömning som bör involvera så många aspekter som möjligt.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna kom gemensamt fram till syfte och metod. Sökningen i databaserna gjordes enskilt och därefter fördes en diskussion om vilka artiklar som skulle inkluderas i arbetet baserat på urvalskriterierna. Artiklarna delades och lästes av var och en och diskuterades därefter gemensamt. Kategoriseringen av teman, tankar och ideér som framkom under den här processen diskuterades kontinuerligt. Delar av resultatet skrevs enskilt utifrån valda kategorier och sattes därefter ihop till ett gemensamt resultat där båda författarna medverkade. Diskussion skrevs gemensamt där huvudpunkterna i resultatet lyftes fram.

Referenser

- *Ando, C., & Hishinuma, M. (2010). Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, *10*, 131–137.
- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt och demenssjukdom. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. -H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 347). Stockholm: Liber.
- Ekwall, A. (2010). *Äldres hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, E., & Ericsson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- *Ersek, M., Herr, K., Blazej Neradilek, M., Buck, H.G., & Black, B. (2010). Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors(CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) Instruments. *Pain Medicine*, *11*, 395-404.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2009). *Omvårdnadens grunder –perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N., & Johansson, L-G. (2007). *Medicinboken, vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B., Aarsland, D. & Ljunggren, A.E. (2008). Who suffers most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A cross-sectional study. *JAMDA*, *9*, 427-433.
- International Council of Nurses.(2012). *The ICN Codes of Ethics for Nurse*. Hämtad 12 september, 2013 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.
- *Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J., & Huges, C, J. (2011). Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tool for the job. *Palliative Medicine*, *26*(7), 873-878.

*Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., & O'Brien, T. (2010). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 118-126.

*Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., & Lautenbacher, S. (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain*, 13, 317- 325.

Landèn, M. (u.å.) Attsöka vetenskapliga artiklar- En vägledning i systematisk litteratursökning. Hämtad 1 april, 2014
från <http://www.mfb.medfak.lu.se/Informationssokning.pdf>

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2011). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Lautenbacher, S., Niewelt, B. G. & Kunz, M. (2013). Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. *Pain Medicine* 14.469-477.

*Lillekroken, D. & Slettebo, Å. (2013). Smertekartlegging og smetelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 109(33), 29-33.

*Mahoney, A. E.J., Psych, D. & Peters, L. (2008). The Mahoney Pain Scale: Examining Pain and Agitation in Advanced Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23, (3), 250-261.

*Monroe, T., Carter, M., Feldt, K., Tolley, B. & Cowan, R. L. (2011). Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal of Advanced Nursing* 68(9), 2070-2078.

Nay, R., & Fetherstonhaugh, D. (2012). What is pain? A phenomenological approach to understanding. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 233-239.

*Neville, C., & Ostini, R., (2013). A psychometric Evaluation of Three Pain Rating Scales for People with Moderate to Severe Dementia. *Pain Management Nursing*, 1-9

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2010). *Om smärta –ett fysiologiskt perspektiv*, Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Reynolds, K. S., Hanson, L. C., DeVellis, R.F., Henderson, M. & Steinhauser, K. E. (2008). Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 388-396.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 17 september, 2013 från

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2012). *Medellivslängden ökar stadigt*. Hämtad 12 september, 2013 från http://www.scb.se/Pages/Article____340871.aspx

Subramanian, P. Allcock, N. James, V., & Lathlean, J. (2011). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1254-1262.

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

van Nispen tot Pannerden, S.C., Candel, M. J. J. M., Zwakhalen, S. M. G., Hamers, J. P. H., Curfs, L. M. G., & Berger, M. P.F. (2009). An Item Response Theory-Based Assessment of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC). *The Journal of Pain, 10* (8). 844-853.

Vårdhandboken. (2012a). *Smärtskattningsskalor*. Hämtad 12 september, 2013 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Oversikt/>

Vårdhandboken. (2012b). *Översikt.Smärtskattning av akut och postoperativ smärta*. Hämtad 12 September 2013 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad –en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

*Zwakhalen, S., Evan't Hof, C., & Hamers, J, PH. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home resident with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 3009-3017.

* Analysartiklar

Bilaga 1(Matris)

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Ersek,M., Herr, K., Blazej Neradilek, M., Buck, H.G., Black, B 2010, USA Western Washington PubMed	Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors(CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN- AD) Instruments	Syftet med denna studie var att undersöka och jämföra reabilitet och validitet för smärtskattnings skalor som PAIN- AD och CNPI hos patienter med demens och långvarig smärta.	Patienter filmades i vila och i rörelse. En kamera fokuserade på patientens ansiktsuttryck och den andra på kroppsrörelser. Sedan analyserade ssk filmen och bedömde pat med smärtskattningskal or.	N= 60 deltagare hade upplevt smärta en vecka innan studie började.	Båda skalor visade begränsad validitet och reliabilitet. Skalorna visade högre poäng i rörelse vilket kan ge ett falskt värde på smärta. Viktigt att skilja på bedömning i vila och i rörelse.	Cross-sectional deskriptiv studie. Kvalitet: medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Ando, C., Hishinuma, M. 2010. Japan PubMed	Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease.	Översätta och utveckla japanska DOLOPLUS 2 vilket är anpassad för personer med Alzheimer.	Att översätta Doloplus 2 till japanska. Ssk observerade patienter och därefter intervjuade forskare ssk. Doloplus-2 justerades och ssk observerade pat igen.	I version 1 n=3, n=21 ssk version 2 n=6, n=31 ssk	Dolplus 2 smärtskattningsskala för pat med Alzheimers visade bra resultat och kan användas för pat med Alzheimer men större studier behövs för evidens.	Kvalitet- medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Mahoney, A. E.J., Psych, D., Peters, L. 2008, Australien, Sydney. PubMed	The Mahoney Pain Scale: Examining Pain and Aggitation in Advanced Dementia	Förbättra smärtskattning hos patienter med demens och skilja smärta från agitation.	Ssk använde Mahoney Pain Scale för att skatta pat smärta. Ssk fick 2 timmars undervisning och träning innan de började.	n=30 ssk n= 135, bortfall 18 pat som dog under studietid.	Studien visade att man kan skilja agitation och smärta vid motviljad aktivitet. Ssk tycket att skalan var lätt att använda och ökade förståelse för symtom för smärta hos pat.	Observations-studie Kvalitet- bra
Neville, C.,Ostini, R. 2013, Queensland, Australien	Apsychometric Evaluationof Three Pain Raiting Scales for People with	Undersöka vilken skala som passar bäst för patienter med demens. Abbey Pain Scale,	26 ssk observerade patienter vid 2 olika tillfälle med 2 veckors	n= 26 ssk, n= 157 pat	Reliabilitet hos CNPI var sämre än hos ASP och DOLOPLUS-2. APS och	Obervations-studie Kvalitet-medel

PubMed	Moderate to Severe Dementia.	DOLOPLUS-2 och CNPI.	mellanrum.		Doloplus-2 var bättre att använda.	
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Kunz,M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., Lautenbacher, S. 2009, Marburg, Tyskland PubMed	Influence of dementia on multiple components of pain.	Undersöka hur demens påverkar olika smärtkomponenter så som nociceptiv stimulans, ansiktsuttryck och sympatikus reflexer.	Pat gjorde ett test som bestod av elektrisk stimulering. Sedan svarade pat på frågor och fick självrapportera samtidigt som ansiktsuttryck observerades.	n= 35 med demenssjukdom n= 46 kontrollgrupp	Demens påverkar på olika sätt olika delar av smärta. Pat med demens visade mer ansiktsuttryck vid vissa smärtstimulering.	Kvalitet- bra Kontrollgrupp

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Monroe, T., Carter, M., Feldt, K., Tolley, B., Cowan, R, L. 2011, USA Cinahl	“Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life”	Undersöka cancerrelaterad smärta hos äldre patienter med demens i livets slutskede.	Retrospektiv studie där man använde patient journaler för att bedöma smärta.	n=48 bortfall 7	Svårighetsgraden av alzheimer var negativt associerat med smärtbeteende. Denna skillnad berodde främst på skillnad i smärtbeteende mellan individer med måttlig och mycket svår alzheimers sjukdom.	Bra kvalitet och hög trovärdighet .

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Lillekroken, D. & Slettebo, Å. 2013. Norge. Cinahl	”Smertekartlegging og smetelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer”	Att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att utföra smärtbedömning och smärtlindra patienter med demens.	Semi-strukturerade intervjuer baserade på tre fokusgrupper.	n= 18 Ingen bortfall	Det finns flera stora utmaningar vid smärtbedömning vid demens. Flera sjukdomar samtidigt, många läkemedel som interagerar med varandra, bristande rutiner och etiska dilemman.	Kvalitativ studie Medel kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Kvalitet Typ	
Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J., Huges, C, J. 2011. England. Cinahl	"Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tool for the job"	Att undersöka och jämföra nyttan av två olika skattningsskalor varav den ena mäter smärta och den andra oro och stress.	Personer med avancerat demenssjukdom observerad med PAIN-AD och DisDAT.	n= 131 Bortfall 52	Båda skalor kan användas för att mäta förändring som svar på behandling. Samtidigt tog båda skalorna upp att agitation inte kan likställas med smärta.	Observation s-studie Bra kvalitet.
Zwakhalen, S., Evan't Hof, C., Hamers, J, PH. 2012. England. Cinahl	"Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home resident with dementia: exploring feasibility and applied interventions"	Att utreda möjligheten till regelbunden smärtbedömning med hjälp av en observationsskala samt att fastställa interventioner som tillämpats efter att smärta har identifierats.	Explorativ observationsstudie av sjuksköterskors smärtbedömning gjord under 6 veckor, 2 gånger i veckan på 22 vårdboenden.	n=23 Bortfall 17	Även om smärta identifierades resulterade detta inte någon specifik åtgärd utan oftast i icke-farmakologisk behandling.	Medel kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., O'Brien, T. 2010. England Cinahl	“The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia”	Nyttan av att använda PAINAD som bedömer smärta och beteende hos patienter med avancerad demens.	Patienter observerades vid tre tillfälle med PAINAD	n= 131 Bortfall 52	PAINAD är lämpligt för att bedöma smärta vid demens men ger ett falskt högt värde eftersom det inkluderar psykosocial stress och agitation snarare än smärta.	Medel kvalitet