



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos patienter med demenssjukdomar

Författare: Emma Flivik, Julia Perlhagen

Handledare: Marianne Holmgren

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos patienter med demenssjukdomar

Nurse's experience of assessing pain in patients with dementia

Författare: Emma Flivik och Julia Perlhagen

Handledare: Marianne Holmgren

Kandidatuppsats, litteraturstudie

Hösten 2021

Abstrakt

Bakgrund: Demenssjukdomar ökar bland befolkningen då vården förbättrats och därmed lever människan längre. Demens utgör en kognitiv svikt som påverkar kommunikationsmöjligheterna vilket skapar en barriär mellan patienten och sjuksköterskan, och därmed påverkas även sjuksköterskans möjlighet till att effektivt smärtbedöma patienter med demens. **Syfte:** Denna litteraturstudie syftar till att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos patienter med demens. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes med induktiv ansats och analys enligt Fribergs analysmodell av 10 artiklar. **Resultat:** Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde svårigheter vid smärtbedömning på grund av olika kommunikationsbarriärer vilket ledde till att en del patienter inte blev smärtlindrande. Dessa svårigheter vid smärtbedömningen påverkade patientens vårdkvalitet negativt såväl som sjuksköterskans självkänsla kring omvårdnaden. Sjuksköterskan kunde använda sig av olika kommunikationsstrategier, såsom att vända sig till anhöriga och kollegor för att finna stöd samt att använda sig av smärtbedömningsinstrument även om dessa upplevdes bristfälliga. **Slutsats:** Sjuksköterskans erfarenhet av att smärtbedöma demenspatienter är komplext och kräver olika strategier, erfarenhet och stöd för att optimera bedömning av smärta och därmed omvårdnad.

Nyckelord

Demens, smärta, bedömning, sjuksköterskor, kommunikation

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Demenssjukdomar	5
Kommunikationssvårigheter och dess konsekvenser	6
Smärta och smärtbedömning	7
Nationella riktlinjer och omvårdnad vid demens för sjuksköterskor	8
Sjuksköterskans perspektiv och utgångspunkt	9
Hendersons omvårdnadsperspektiv	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Datainsamling	12
Sökschema	12
Analys av data	14
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	16
Kommunikationsbarriärer	17
Kommunikationssvårigheter vid tolkning av smärta	17
Brist på tid vid smärtbedömning	18
Att tolka beteendeförändringar	19
Kommunikationsstrategier vid smärtbedömning	20
Verbal kommunikation	20
Icke verbal kommunikation	21
Stöttning vid smärtbedömning	23
Anhöriga som resurs vid smärtbedömning	23
Smärtpbedömningsinstrument	24
Samarbete och erfarenhet	25
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25

Diskussion av framtaget resultat	27
Vikten av personkännedom	28
Oenighet kring smärtbedömningsinstrument	29
Otillräcklig smärtlindring	30
Anknytning till teori	31
Slutsats och kliniska implikationer	32
Författarnas arbetsfördelning	33
Referenser	34
Bilaga 1	43

Introduktion

Problemområde

I takt med att vården förbättras blir världens befolkning äldre, vilket har resulterat i en ökning av olika sjukdomar, däribland demens som 35,6 miljoner människor estimeras leva med (World Health Organization [WHO], 2012). Sjukdomen påverkar cellnedbrytning i hjärnan och leder bland annat till svårigheter med minnet och tankeförmågan (Wijk, 2019). Den kognitiva svikten som demens innebär gör det svårt för patienter med demenssjukdomar att tolka sin omgivning, samt att förmedla sina tankar (Wijk, 2019), därtill kan det vara svårt för sjuksköterskan att tolka och förstå patienten (Edberg et al., 2008). Patienter med demenssjukdomar känner sig många gånger inte förstådda på grund av kommunikationshindret (Blair et al., 2007). På grund av kommunikationshindret kan sjuksköterskan ha svårigheter att få viktig information av patienten då de inte kan uttrycka sin smärta på ett förståeligt sätt, vilket blir svårare desto längre sjukdomen progredierar (Parkman et al., 2021; Pasero & McCaffery, 2011). Denna brist på specifik information om patientens tillstånd kan leda till missuppfattningar vid smärtbedömning (Parkman et al., 2021). Vid denna typ av patientnära omvårdnad kan misskommunikation leda till fysisk och verbal aggressivitet gentemot sjuksköterskan (Davison et al., 2017). Allt eftersom sjukdomsförloppet progressivt ökar, försämras även de beteendemässiga och psykologiska symtomen som demens innebär vilket med tiden kräver utökat stöd och behov (Woods & Dimond, 2002). Forskning visar att sjuksköterskan upplever kommunikationsbarriären, brist på information och kunskap samt tidsbrist som problematiskt vid bedömning av smärta hos patienter med demens (Parkman et al., 2021). Dessa hinder leder till att sjuksköterskan alldeles för ofta missbedömer patientens smärta och därmed smärtlindrar ineffektivt. Sjuksköterskor uppger även att de erhåller otillräcklig utbildning inom smärtbedömning av patienter med demens, samt anser att befintliga smärtbedömningsinstrument inte är tillräckligt verksamma, vilket skapar en känsla av otillräcklighet samt en stressfull arbetsmiljö. Forskning visar även att anhöriga kan uppleva negativa erfarenheter gällande patientens omvårdnad och deras behov (Burgstaller et al., 2018), därtill smärta (Barry et al., 2015), då de inte beaktas tillräckligt av sjuksköterskan, därtill upplevs missnöje med vårdkvaliteten (Burgstaller et al., 2018). Kommunikationsbarriären mellan sjuksköterskan och patienten är viktig att undersöka och

beskriva för att kunna förbättra och effektivisera smärtbedömningen samt säkerställa smärtlindringen av demenspatienter framöver.

Bakgrund

Demenssjukdomar

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för olika försämrade kognitiva funktioner i hjärnan som försvårar det dagliga livet för den drabbade (Wijk, 2019). Olika delar och områden i hjärnan drabbas av skador som resultat av cellnedbrytning. Detta är en successiv process där symtomen utgör en kognitiv svikt med påverkan på tankeförmågan och minnesfunktionen.

Demenssjukdomar kan även medföra neuropsykiatriska symtom såsom irritation, aggression, hallucinationer och inbillningssjuka (Selbaek et al., 2013). Dessa beteenden och humörförändringar menar Ismails et al. (2018) kan bero på affektiv och emotionell instabilitet. Vidare lyfte resultatet att denna instabilitet kan yttra sig bland annat genom ångest, depression och euphori. Förändringarna beror på nedsatt minnesfunktion, förlorade exekutiva förmågor och låg uppfattningsförmåga om vad som händer i omgivningen. Dessa förändringar, lyfter Herr et al. (2011) i sin rapport om kliniska rekommendationer, påverkar patientens smärtupplevelse och därmed möjligheten till att förmedla sin smärta. Vid en begynnande demenssjukdom kan dessa bristande funktioner vara inledande symtom i lindrig form (Wijk, 2019). Redan i detta tidiga stadie är sjuksköterskans omvårdnad relevant då förebyggande åtgärder och planering av framtida livskvalitet är en avgörande faktor för patientens hälsa. Därmed är kontakten och kommunikationen mellan sjuksköterskan, patienten och anhöriga varaktig genom hela sjukdomstiden.

Den vanligaste formen av demens är Alzheimers (Wijk, 2019) som förstör hjärnceller vilket orsakar problem med minnet, tankeförmågan och beteendet som i sin tur påverkar familj, arbete och sociala relationer, vilka är grunden för de grundläggande aktiviteterna i det dagliga livet (Dubois, Picard & Sarazin, 2009). Ungefär 10% av populationen 65 år och över har demens, och 70% av dessa har Alzheimers (Szekely, Breitner & Zandi, 2007), vanligast insjuknar man först efter 65 års ålder (Wijk, 2019). Sjukdomsförloppet sker långsamt samtidigt som symtomen tilltar, och har vanligast inverkan på minnet, kommunikationen och planeringsförmågan.

Frontotemporal demens utgör ca 10% av demensfallen, och drabbar till skillnad från Alzheimers en yngre population, 40-60 åringar (Wijk, 2019). Vanligast påverkas personligheten, samt ger nedsatt kommunikationsförmåga, omdöme och emotionell förmåga.

Kommunikationssvårigheter och dess konsekvenser

Patientens möjlighet till att kommunicera och förmedla sin smärta begränsas på grund av de kognitiva funktionsnedsättningarna som demenssjukdomar innebär (Herr et al., 2011). Det hinder som skapas för den demenssjuke patienten påverkar den drabbades möjlighet att bli förstådd på grund av kommunikationsbarriären (Blair et al., 2007; Alsawy et al., 2017). Sjuksköterskan kan då uppleva skuld känslor vid omvårdnad när patienten känner sig missförstådd (Edberg et al., 2008). När patienten tar emot information kan språkbarriären bli tydligare, vilket kan resultera i blanka svar, glömska eller förvirring (Alsawy et al., 2017). Alsawy et al. (2017) lyfte vidare fram patientens frustration över att inte kunna få deras vilja och önskemål förstådda då det påverkade livskvaliteten och de dagliga aktiviteterna. Den smärta patienterna inte kunde uttrycka på ett sätt så att sjuksköterskan förstod varken beaktades eller åtgärdades på grund av den rådande språkbarriären (Parkman et al., 2021). Misskommunikation, ineffektiva smärtbedömningsinstrument och känslor av otillräcklighet utgjorde en påfrestad bedömning ur sjuksköterskans perspektiv.

Misskommunikationen påverkar sjuksköterskans möjlighet att tillgodose det individuella behovet eftersom att det begränsar nödvändig patientinformation (Edberg et al., 2008). Patientens anhöriga kan dock användas som pålitliga källor gällande information om patientens smärttillstånd då de ofta kan beskriva beteendeförändringar som visar på smärta (Karlsson et al., 2015). Vid en bristfällig kommunikation med patienten kan sjuksköterskor vända sig till anhöriga för att få kompletterande information (Edberg et al., 2008; Pasero & McCaffery, 2011), vilket kräver skapande av en relation (Nolan, 2006). Det händer dock inte sällan att det finns brist på kunskap om patienten hos de anhöriga och därmed brist på personlig information för sjuksköterskan, vilket kan vara ett resultat av kommunikationshinder mellan sjuksköterskan, patienten och de anhöriga (Edberg et al., 2008).

Sjuksköterskor har rapporterat om att kommunikationssvårigheten med patienterna kan yttra sig i fysisk och verbal aggression från demenspatienterna, såsom hot, skrik & missnöje (Davison et al., 2017). Vid smärta kan agitation och tillbakadragenhet vara tecken vilket skapar hinder för sjuksköterskan att förstå patienten (Pasero & McCaffery, 2011), därtill kan även hindret vara ett problem för sjuksköterskor när det gäller att känna igen vilka symtom, beteenden och tecken som är ett resultat av demensdiagnosen (Sherrod et al., 2010). Det finns liknande symtombild som även kan framträda vid depression samt viss läkemedelsbehandling, vilket patienter med demenssjukdomar kan ha svårt att förmedla och bekräfta. Identifikationsproblematiken av orsaken bakom symtomen beror på att det är vanligt att personer med demens på demensspecifika boenden ofta diagnostiseras med ångest, olika typer av depressioner, paranoia och vanföreställningar (Kang et al., 2010). En variation av beteendeförändringar och uttryck kan alltså på grund av kommunikationsbarriären vara svårt att bedöma (De Witt Jansen, et al., 2018). Kommunikationsbarriären samt beteendeförändringarna hos patienterna skapar hinder och problem vid utförandet av omvårdnad, såsom under smärtbedömning (Parkman et al., 2021).

Smärta och smärtbedömning

Smärta upplevs olika av alla, det är en subjektiv känsla (Norrbrink & Lundeberg, 2014), och för patienter med demenssjukdomar observerar man ofta beteendeförändringar som indikation (Pasero & McCaffery, 2011). Indikatorer för smärta kan vara förändringar i ansiktsuttryck, kroppsrörelser, verbala och icke verbala uttryck samt mentala såsom utagerande eller en tillbakadragen patient. Grimaser, stön och jämrande är exempel på mer vanligt förekommande tecken vid smärta hos demenspatienter, men agitation och aptitlöshet kan också ses vid smärta. Sjuksköterskan använder sig av observation för att bedöma smärtan då patienten inte kan förmedla smärtans omfattning och orsak. Det finns olika smärtbedömningsinstrument, anpassade efter patienter med demens, som sjuksköterskan kan använda som hjälpmedel vid behov (Pasero & McCaffery, 2011; De Witt Jansen et al., 2018).

En del patienter med demens kan ha svårt att kommunicera ut till personalen att de har ont, det vill säga göra en självrapportering av smärtan (Barry et al., 2015; Karlsson et al., 2015), och ju längre demensen avanceras desto svårare blir det att få en tillförlitlig självrapportering av

patienten (Pasero & McCaffery, 2011). Patienter med demens utgör en grupp som är speciellt svåra att upptäcka smärta på (Molin, 2014). I och med demenspatienters bristfälliga kommunikativa förmåga (Molin, 2014) blir de främsta källorna för information vokaliseringar, gester, kroppsspråk och ansiktsuttryck, såsom ansiktsgrimaser, gråtande och rynkning av panna, engelskans *frowning* (Pasero & McCaffery, 2011). Ett multiprofessionellt arbetssätt med kommunikation och samarbete mellan kollegor krävs vid smärtbedömning av demenspatienter (Karlsson et al., 2015).

Det finns olika metoder för att försöka mäta smärtupplevelserna, bland annat genom smärtinstrument; uni- och multidimensionella (Norrbrink, Lund & Lundeberg, 2014). De vanligast förekommande unidimensionella skattningsskalorna är VAS (visuell analog skattningsskala), NRS (numeral ratings scale) och VRS (verbal rating scale), vilka skattar en aspekt av smärtan i taget. Multidimensionella skattningsskalor används med fördel då man vill forma en helhetsbild av patientens smärtupplevelse, exempelvis BPI (Brief Pain Inventory). Abbey Pain Scale är ytterligare en smärtbedömningskala (Pasero & McCaffery, 2011; De Witt Jansen et al., 2018), därtill kan man också använda Pain Assessment In Advanced Dementia Scale (PAINAD) som är en användningsbar smärtbedömningskala för demenspatienter (Pasero & McCaffery, 2011; Malara et al., 2016). Valet mellan vilken skala som man kan använda på patienten bör lämpa sig efter den individuella patienten (Norrbrink, Lund & Lundeberg, 2014). Smärtteckning är ytterligare ett alternativ för smärtbedömning, som innebär att patienten får markera var på kroppen där smärta upplevs. Utöver smärtbedömningskalor finns det andra instrument för smärtbedömning som kan användas, exempelvis neuropsykologiska tester och undersökning, vilka kan ge insikt i patientens smärtupplevelse (Scherder et al., 2003).

Nationella riktlinjer och omvårdnad vid demens för sjuksköterskor

Av sjuksköterskan krävs det god kommunikationsförmåga samt individuell anpassning och mottaglighet på grund av den sviktande kognitiva förmågan som demenssjukdomar innebär (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017; Ross, Tod & Clarke, 2015). Ross, Tod & Clarke (2015) fann att sjuksköterskorna poängterade vikten av att lära känna patienten och hans omgivning, likväl skapa en god kommunikation däremellan för att underlätta utförandet av personcentrerad vård och skapa hög vårdkvalitet. Personcentrerad omvårdnad vid

demenssjukdomar är något som rekommenderas i nationella riktlinjer (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017). Riktlinjerna betonar även sjuksköterskans uppgift som att uppmärksamma problemområden, såsom nedsatt kommunikation, i syfte att engagera adekvata professioner och utifrån detta ge personcentrerad omvårdnad med fokus på individen, dess önskemål och förmåga. Personcentrering har visat sig nyttja kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten, vilket beror på att patienten kan känna sig mer sedd och hörd vilket gör patienten mer mottaglig (Alsawy et al., 2017). Riktlinjerna framhäver även sjuksköterskans uppgift att följa upp, utvärdera och kartlägga grundläggande behov såsom smärta (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017). God behandling ska inrikta sig på att åtgärda bakomliggande orsaker eller utlösande faktorer till de smärtsymtom som demenspatienten uppvisar. Riktlinjerna betonar även vikten av att erhålla kunskap om förebyggande åtgärder av demenssjukdomens beteendemässiga och psykiska symtom, vilket inkluderar reflektion och praktisk träning i bemötande och bedömning av smärta. Vidare ska patientens egna funktion av kommunikations- och uppfattningsförmåga samt andra sjukdomssymtom uppmärksammas för att kunna tillgodose god omvårdnad (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdomar, 2017). Smythe et al. (2017) lyfter att en relation bör etableras, med insikt och översikt av patientens funktion, sjukdomsprogression och personlighet så att en god kommunikation kan formas. Vidare fann Smythe et al. (2017) att en funktionell kommunikation är en förutsättning för rätt medicinering och övriga arbetsuppgifter som sjuksköterskan utför. Trots dessa riktlinjer upplever både sjuksköterskor, patienter och dess anhöriga att direktiven kring råd och stöd för omvårdnad är bristfällig (Alsawy et al., 2017). Få sjuksköterskor känner även att de har tillräcklig träning för smärtbedömning av demenspatienter (Muñoz-Narbona et al., 2020). Dessa bristande direktiv menar Burgstaller et al. (2018) leder till missnöje för sjuksköterskan vilket i sin tur skapar otillräcklig kommunikation med patienten.

Sjuksköterskans perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskans profession innebär att förbättra, bibehålla eller återfå hälsa, förebygga sjukdom samt avlasta lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Enligt Patientlagen ska vården till yttersta förmåga utformas och genomföras tillsammans med patienten (SFS 2014:821), därtill är det sjuksköterskans plikt utifrån International Council of Nurses, (ICN), att tillgodose patienten

med tillräcklig och lämplig information vilken lägger grunden för samtycke vid vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Vidare framhåller Patientlagen (SFS 2014:821) att patientens medverkan ska utgå från dennes önskemål och individuella förutsättningar och att närstående likaså ska få denna möjlighet men med förutsättning att inte tystnadsplikten eller sekretessen hindrar deras medverkan.

Hendersons omvårdnadsperspektiv

Virginia Hendersons humanistiska omvårdnadsteori bygger på att alla människor har grundläggande behov som yttrar sig till sjuksköterskan i kommunikationen med patienten (Thorsén, 1997). Oavsett situation, sjuk eller frisk, finns det individbaserade behov som behöver uppmärksammas och beaktas. Människans hälsa enligt Henderson ska bemötas utifrån ett helhetsperspektiv, där alla människors aspekter skapar grunden för deras behov.

Sjuksköterskans uppgift, beskrev Henderson, är att hjälpa patienterna till aktiviteter för att bibehålla hälsan vilket utförs via individbaserad omvårdnad (Ahtisham & Jacoline, 2015). En viktig del i detta är att lyfta patientens röst och önskemål vilket uppnås via en aktiv kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Individbaserad omvårdnad är högst relevant då alla befinner sig i olika situationer med olika förutsättningar. Först när sjuksköterskan identifierar och tolkar patientens behov, genom att samla in information från patienten, kan individbaserad omvårdnad med god kvalitet appliceras (Ahtisham & Jacoline, 2015). Vidare är det viktigt att där finns en förståelse i relationen mellan sjuksköterskan och patienten för att kunna forma en så givande omvårdnad och kommunikation som möjligt (Thorsén, 1997).

Sjuksköterskor kommer att bemöta demenspatienter i flera olika vårdssammanhang där kunskap och färdigheter inom smärtbedömning krävs. En av sjuksköterskans viktigaste uppgift är att skapa ett individbaserat bemötande och därmed genom god kommunikation främja patientens behov (Thorsén, 1997). Därtill patientens smärta som i nuläget inte beaktas fullt ut på grund av bristerna i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienten (Parkman et al., 2021).

Patienter, anhöriga samt sjuksköterskan upplever dessa brister trots de personcentrerade direktiv, råd och stöd som finns tillgängligt för sjuksköterskan (Alsawy et al., 2017; Burgstaller et al., 2018). Genom att undersöka sjuksköterskans erfarenheter i praktiken om att bedöma smärta hos

patienter med demens kan dessa brister tydliggöras och förhoppningsvis underlätta framtida lösningar.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos patienter med demenssjukdomar.

Metod

Denna litteraturstudie har besvarat syftet med induktiv ansats, vilken skapar en översikt av det valda området som undersöks (Friberg, 2017), samt innebär insamling av flera utfall för att sedan generalisera den sammanställda datan till en helhet (Kristensson, 2014). En litteraturstudie är en översikt av vetenskaplig litteratur som syftar till att besvara en specifik frågeställning (Kristensson, 2014). Litteraturstudier granskar tidigare forskning vilket kan bidra till en sammanställning av det beforskade området. Författarnas litteraturstudie baseras på studier av både kvantitativ och kvalitativ metod, varav den sistnämnda strävar efter att studera det valda ämnet ur ett helhetsperspektiv (Polit & Beck, 2009), medan den kvantitativa metoden betonar statistiska likheter och skillnader (Kristensson, 2014).

Urval

Litteraturstudien utgick ifrån ett urval av kvalitativa studier, och en kvantitativ, vilka var representativa då syftet undersöker sjuksköterskans erfarenhet och skapar en ökad förståelse kring fenomenet. Författarna valde att inkludera en kvantitativ studie eftersom att resultatet kunde bidra till att besvara syftet samt skapa viss fördjupning. Studiens urval baserades på tio vetenskapliga artiklar vilka var relevanta, samt bidrog eller besvarade vårt syfte. Valda inklusionskriterier innefattade publiceringsdatum där artiklarna publicerades de senaste elva åren (2011-2021), var skrivna på engelska, tillgängliga i full text samt att de var peer reviewed. Författarna ville uppnå ett nyare perspektiv på erfarenheterna och därför gjordes en begränsning på elva år för publiceringsdatumet. Författarna inkluderade alla artiklar som innehöll sjuksköterskans erfarenhet av bedömning vid smärta hos patienter med demenssjukdomar även

om artikeln lyfte andras perspektiv som fanns med i resultatet, till exempel anhörigas och undersköterskors. Alla erfarenheter som inte var sjuksköterskans exkluderades i studiens resultat. Övrigt exklusionskriterie var litteratursammanställningar då dessa inte bedöms som primärkällor.

Datainsamling

De databaser som användes för att samla in materialet var Pubmed (tabell 1), Cinahl (tabell 2), och PsycInfo (tabell 3) där den sistnämnda är en databas för sjuksköterskor som täcker majoriteten av engelskspråkiga tidskrifter som handlar om omvårdnad och hälsa (Polit & Beck, 2009). Cinahl inriktar sig på forskning inom omvårdnad (Kristensson, 2014), vilket är sjuksköterskans ansvarsområde (Björkman, Lütznén & Jakobsson Ung, 2019), och PubMed är en databas som framförallt fokuserar på den medicinska aspekten (Kristensson, 2014). Subject headings och MeSh-termer i databaserna CINAHL och PubMed gav inget tillfredsställande resultat. Istället utfördes sökningen med användning av söktermen "Title". Sökord som användes var "Nurse" "Dementia" och "Pain" i databaserna. Söktermerna kombinerades med den Booleska operatören AND i syfte att utöka och begränsa sökresultaten (Polit & Beck, 2009). Denna strategi utfördes i samtliga databaser.

Efter första sorteringen lästes abstrakten av de valda artiklarna vilka gav en kort sammanfattning och en uppfattning av innehållet (Östlundh, 2007). Kunde innehållet av abstrakten bidra till vårt syftet granskade vi resten av artiklarna. Av fem valda artiklar i Pubmed, tre i Cinahl och 1 i PsycInfo var fem dubletter, varav dessa sorterades ut. För översikt av antalet granskade och lästa abstrakt och artiklar se tabellerna nedan.

Tabell 1 Sökschema enligt sökning i Pubmed (Sökdatum 2021-11-25)

Databas: Pubmed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i full text	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	Dementia	117 672	0	0	0	0	0

#2	[Title] "Pain"	96,825	0	0	0	0	0
#3	Nurse	132 505	0	0	0	0	0
#4	#1 AND #2 AND #3	96	96	8	7	6	5

Inklusionskriterier: English, 10 years & Full Text

Tabell 2 Sökschema enligt sökning i Cinahl (Sökdatum 2021-11-25)

Databas: Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i full text	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	Dementia	37 020	0	0	0	0	0
#2	TI "Pain"	53 707	0	0	0	0	0
#3	Nurses	179 416	0	0	0	0	0
#4	#1 AND #2 AND #3	77	77	7	5	5	4

Inklusionskriterier: English, 10 years, Full Text

Tabell 3 Sökschema enligt sökning i PsycInfo (Sökdatum 2021-11-25)

Databas: PsycInfo	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i full text	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	Dementia	41 786	0	0	0	0	0
#2	Pain	53 520	0	0	0	0	0
#3	Nurses	38 168	0	0	0	0	0
#4	#1 AND #2 AND #3	100	100	5	2	1	1

Inklusionskriterier: English, 10 years

Analys av data

En granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) användes för att analysera och förstärka kvaliteten av litteraturstudien (Polit & Beck, 2009). Nådde inte studien upp till tillräckligt god kvalitet uteslöts den. Kvaliteten av de kvalitativa studiernas metod granskades i syfte att bedöma eventuella metodiska brister (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020a). Frågorna innefattade överensstämmelse mellan teori, urval och metodik, samt frågor om deltagare, datainsamling, analys, forskaren. Författarna inkluderade de artiklar som hade minst en medelhög kvalitet, samt hade en diskussion om ett etiskt övervägande. Artiklar som uppnådde 50-70% av maxpoängen tilldelades medelhög kvalitet, medan de som uppnådde 70% och över fick hög kvalitet, enligt kriterierna i granskningsmallen. Kvaliteten redovisas i översiktstabellen (Bilaga 1).

Analysen utfördes gemensamt och enligt. Författarna läste artiklarna var för sig för att sedan föra en diskussion för att nå konsensus och sedan identifiera likheter och skillnader. De valda artiklarna som ansågs relevanta till att besvara syftet analyserades efter datainsamlingen enligt Fribergs (2017) analysmodell av litteraturstudier vilka bestod av tre analyssteg. Första steget, enligt Friberg (2017) innebar att författarna läste igenom de valda artiklarna i syfte att förstå helheten, sedan sammanfattades de i syfte att förenkla analysarbetet. I steg två dokumenterades diverse delar av studien, såsom syfte, metod och resultat i en översiktstabell vilken skapade en översikt (Bilaga 1). Det tredje steget handlade om att identifiera och presentera likheter och skillnader i studiernas innehåll, därefter gjordes en sammanställning vilka formades till kategorier. Efter sammanfattning, dokumentation och skapande av en översiktstabell identifierade författarna likheter och skillnader. Dessa delades in i kategorier som avhandlade diverse kommunikationssvårigheter utifrån smärtbedömning i syfte att få en översikt av den insamlade datan. Författarna diskuterade och sorterade sedan kategoriernas innebörd av datan för att få fram huvud- respektive subkategorier.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetik är relevant för alla studier vars urval består av människor (Polit & Beck, 2009). Etiska avvägningar måste göras för att kunna få hög kvalitet på studiens innehåll. Etiska koder innefattar mänskliga rättigheter och utformas inom de specifika området forskningen handlar om. Sjuksköterskor över hela världens har gemensamma men också olika regionala koder de följer.

Helsingforsdeklaration är en ledande riktlinje inom forskningsetik, framförallt för vårdyrken (Polit & Beck, 2009). Den beskriver regler som måste följas vid studier utförda på människor. Vidare krävs ett etiskt tillstånd innan forskning får bedrivas, studier genomgår därför en etikprövning (World Medical Association [WMA], 2018). Inom Sverige gäller detta utifrån etikprövningslagen (SFS 2003:460) som tillämpas till sådan forskning som innefattar bland annat personuppgifter. Således kontrollerades att en form av etisk kommitte har använts eller att ett etiskt resonemang har förts inom de studier som inkluderades i resultatet, resterande uteslöts.

Under kvalitetsgranskningen av valda studier, utifrån SBU:s mall, kontrollerades även om de etiska koderna genomförts och lyfts av forskarna (Polit & Beck, 2009). I denna granskning ingår det att kontrollera om forskarna har en förförståelse för fenomenet och allmän kunskap om ämnet innan studiens utförs, så att resultatet blir trovärdigt. Författarna har tagit hänsyn till forskarnas förförståelse genom SBU:s mall för granskning av kvalitativa och kvantitativa studier utan en djupare granskning av författarnas tidigare kunskap och forskning av ämnet. På grund av valet av medelhög kvalitet i samband med ett relativt utforskat ämne var förförståelsen inte ett krav vid val av artiklar.

Rätten till skydd mot exploatering är även viktigt i en kvalitativa studie där sjuksköterskor delar med sig av sina erfarenheter inom en svårt ämne (Polit & Beck, 2009). Om sjuksköterskorna i förtroende berättar om svårigheter inom omvårdnad av en patient ska detta inte kunna användas emot deltagarna efteråt. Vidare är rätten till integritet något som forskarna måste beakta. Rätten till självbestämmande, alltså att lämna studien, ställa frågor eller vägra svara är en relevant rättighet i kvalitativa studier. För att kunna bibehålla rätten till självbestämmanderätt behöver informerat samtycke etableras. Studier som har redovisat för informerat samtycke, etiskt godkännande eller etiskt övervägande har inkluderats i studiens resultat.

Resultat

Tio artiklar användes där likheter och skillnader identifierades för att få fram gemensamma kategorier, vilka är presenterade i tabell 4; (1) *Kommunikationsbarriärer*, (2) *Kommunikationsstrategier vid smärtbedömning*, och (3) *stöttning vid smärtbedömning*, vilka delades in i sju subkategorier. Huvudkategorin *kommunikationsbarriärer* handlar om att sjuksköterskor upplevde att olika kommunikationsbarriärer, brist på tid och beteendeförändringar kunde vara ett hinder för effektiv smärtbedömning. Dessa delas in i 3 subkategorier; (1) *Kommunikationssvårigheter vid tolkning av smärta*, (2) *Brist på tid* och (3) *Att tolka beteendeförändringar*. Huvudkategorin *Kommunikationsstrategier vid smärtbedömning* handlar om att verbal kommunikation och icke-verbal kommunikation identifierade sjuksköterskor som befintlig kommunikationsstrategi. Detta beskrivs i två subkategorier; (1) *Verbal kommunikation* och (2) *Icke-verbal kommunikation*. Den sista huvudkategorin *Stöttning vid smärtbedömning* handlar om att sjuksköterskan finner stöd av anhöriga, smärtbedömningsinstrument och samarbete samt erfarenhet vid smärtbedömning av demenspatienter. Dessa delas in i tre subkategorier; (1) *Anhöriga som resurs i smärtbedömning*, (2) *Smärtbedömningsinstrument*, och (3) *Samarbete och erfarenhet*. Sjuksköterskor som representeras i studierna har erfarenhet inom arbetsplatser från Sverige, USA, England (Irland), Spanien, Australien och Tyskland.

Tabell 4: Kategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori	Subkategori	Subkategori
Kommunikationsbarriärer	Kommunikations svårigheter vid tolkning av smärta	Brist på tid vid smärtbedömning	Att tolka beteendeförändringar
Kommunikationsstrategier vid smärtbedömning	Verbal kommunikation	Icke-verbal kommunikation	
Stöttning vid smärtbedömning	Anhöriga som resurs vid smärtbedömning	Smärtbedömnings instrument	Samarbete och erfarenhet

Kommunikationsbarriärer

Kommunikationssvårigheter vid tolkning av smärta

Smärtbedömning uppfattades som en komplicerad process där sjuksköterskor är väl medvetna om demenspatienters kommunikationssvårigheter och den bristande kognitiva förmågan som blir påtaglig under bedömningen (Krupić et al., 2020a; Monroe et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2017; Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014). Vidare redovisar De Witt Jansen et al. (2017) att kognitiva nedsättningar hos patienter med demens skapar hinder för en funktionell dialog mellan sjuksköterskan och patienten, vilket resulterade i att sjuksköterskan inte kunde förmedla vikten av smärthantering. De Witt Jansen et al (2017) utförde intervjuer med 24 sjuksköterskor för att undersöka erfarenheten av smärthantering, hinder vid smärthantering och perspektiv av utbildningsbehov hos dementa patienter med smärta. Många sjuksköterskor upplevde det svårt att smärtbedöma patienter med demens (Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014), vilket skapade en känsla av osäkerhet (Lundin & Godskesen, 2021; Monroe et al., 2015). Särskilt framkom orsaken till smärtan som svårast att bedöma (Brorson et al., 2014), ibland upplevdes den omöjlig (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013), likaså ansågs smärtans intensitet svårbedömd på grund av större variation av smärtsignaler och symtom (Fry et al., 2017).

Sjuksköterskor upplevde att gensvaret vid frågor om patientens smärta oftast blev otydligt (Minaya-Freire et al., 2020). Eftersom att patienterna varken svarade eller ställde frågor om sin smärta upplevde sjuksköterskorna kommunikationen vid smärtbedömning som ensidig och påfrestande (Krupić et al., 2020b). De begränsningar som kommunikationen utgör gjorde därtill att dessa patienter inte fick en lämplig smärtbedömning (Fry et al., 2017). Detta redovisades i Frys et al. (2017) studie där de utförde intervjuer i sex fokusgrupper med 36 akutsjuksköterskor för att undersöka uppfattningen och användningen av ett smärtbedömningsinstrument hos personer med demens. Sjuksköterskor upplevde att de behövde tolka och bedöma patienternas smärta på ett helt annat sätt i jämförelse med andra helt friska patienter på grund av den kognitiva barriären där patienter med demens har svårt för att uttrycka sig på ett förståeligt sätt (Minaya-Freire et al., 2020).

Kommunikationshindret kan göra det svårare att smärtbedöma (Krupić et al., 2020b), och det kan leda till en bristfällig smärtlindring (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Brorson et al., 2014; Fry et al., 2017), vilket inte sker i samma utsträckning hos patienter som lättare kan rapportera sin smärta (Fry et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde svårigheter initialt med att få kontakt med patienterna, på grund av detta kunde de inte svara på frågor och tydligt beskriva orsaken till smärtan. Var smärtan orsakad av icke synliga problem eller skador upplevdes kommunikationen vid bedömningen ytterligare problematisk då det kräver att patienten beskriver smärtan. Vid synliga skador var kommunikationssvårigheterna inte ett problem då sjuksköterskan enkelt kunde identifiera orsaken till smärtan. Vidare upplevde sjuksköterskorna att de aldrig kunde vara säkra på om patienterna var tillräckligt smärtlindrade på grund av kommunikationshindret som kunde leda till felaktig tolkning (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Brorson et al., 2014), vilket kunde ge en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskan (Brorson et al., 2014). Smärta gick sannolikt obehandlad vid de tillfällen som smärtsignaler inte kunde tolkas av sjuksköterskan (Fry et al., 2017).

Brist på tid vid smärtbedömning

Tidsbrist är något som sjuksköterskor kan uppleva vara problematiskt i samband med smärtbedömning, vilket resulterar i en ineffektiv smärtbedömning och drabbar därmed omvårdnaden negativt (Minaya-Freire et al., 2020; Fry et al., 2017; Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b). Patienterna blev bland annat missbedömda vid smärta på grund av att tiden ansågs knapp vilket kunde leda till en bristfällig anamnes om patientens smärttillstånd (Minaya-Freire et al., 2020; Fry et al., 2017), därtill missbedömningar, samt att patienters smärta negligerades (Fry et al., 2017).

Ytterligare en faktor som bidrog till svårigheter vid tidsbrist framkom i Krupićs et al. (2020a) studie där de skickade ut enkäter till 24 sjuksköterskor för att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av att bedöma postoperativ smärta hos demenspatienter som genomgått höftfrakturoperation. Sjuksköterskor beskrev att otillräcklig patientkännedom i samband med tidsbrist om patienterna och deras tillstånd är en faktor som påverkade smärtbedömningen negativt (Krupić et al., 2020a). Tiden var begränsad från början vilket gjorde att sjuksköterskorna

inte hann beakta och förhålla sig till patientens kognitiva begränsningar (Fry et al., 2017), vilket drabbade omvårdnad och bedömning negativt (Krupić et al., 2020b). Artikeln av Krupić et al. (2020b) utforskade, i fokusgrupper, 21 intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärtbedömning postoperativt hos demenspatienter med höftfraktur. Omvårdnad och bedömning av patienter med demens kräver mer tid och på grund av den rådande tidsbristen resulterade det i att dagsschemat kom ur balans och andra patienters omvårdnad påverkades negativt.

Att tolka beteendeförändringar

Beteendeförändringar är något som många gånger kan tyda på smärta, vilket sjuksköterskan kan observera för att således tolka smärtan (Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b; Brorson et al., 2014; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013), många sjuksköterskor upplever därtill att beteendeförändringarna och smärtsignalerna är svåra att bedöma (Lundin & Godskesen, 2021; De Witt Jansen, 2017; Minaya-Freire et al., 2020). Beteende vid smärtbedömning som kunde tyda på smärta var oro, nervositet, rastlöshet och agitation (Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b), och i vissa fall aggression, skrik och sömnlöshet (Krupić et al., 2020a). Eftersom att dessa förändringar i beteendet kunde tyda på smärta, men också dölja sig bakom olika sinnesstämningar, gjorde sjuksköterskorna alltid en smärtbedömning vid beteendeförändringar (Krupić et al., 2020b). När patienten visade tecken på upplevd smärta och sjuksköterskan inte uppfattade signalerna på grund av kommunikationsbarriären, samt försökte hjälpa patienten, blev patienten emellanåt aggressiv (De Witt Jansen, 2017; Krupić et al., 2020b). Sjuksköterskorna upplevde sig ibland osäkra på om de beteendeförändringar som demenspatienterna uppvisade var en orsak från smärtan, och om smärtbesvären i så fall var tillförlitliga (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). I denna studie av Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) intervjuades 13 sjuksköterskor för att utforska vilken förståelse de har och åtgärder de vidtar om smärta hos dementa patienter. För dementa patienter låg fokuset för sjuksköterskor vid bedömning och behandling i att återföra patienten till sitt normaltillstånd innan beteendeförändringarna hade uppstått eftersom att osäkerhet rådde kring patientens smärta. Detta resulterade i att smärtlindringens effekt baserades på huruvida patientens beteendeförändringar reducerades eller inte. Denna osäkerhet kunde leda till bristfällig smärtbehandling och behandlingsförseningar (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Fry et al., 2017).

Brorson et al. (2014) syftade till att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av smärtlindring av demenspatienter i livets slutskede i intervjuer med sjuksköterskor, där lyfte de vikten av att observera patienternas beteendeförändringar över tid för att kunna tolka personliga smärtsignaler. Därmed kunde många sjuksköterskor uppleva att det var svårt att jämföra tidigare med nuvarande beteenden på grund av otillräcklig information om hur patienten var innan demensdebuten. Svårigheten lyftes i Lundin & Godskesens (2021) studie där 13 sjuksköterskor intervjuades i syfte att beskriva deras erfarenheter av att ta hand om smärtutsatta demenspatienter i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskrev att patientens personlighet förändrades på grund av demenssjukdomen vilket upplevdes som ett vanligt fenomen (Krupić et al., 2020b). Vidare berättade sjuksköterskorna att vid nära omvårdnad hade patienterna ett konstant föränderligt uttryck som skapade hinder vid tolkning och bedömning av smärta. Patienten kunde uppvisa glädje och i nästa sekund uttrycka aggressivitet, svära och därmed hindra utförandet av smärtbedömning. En del patienter uppvisade inga utagerande beteenden alls vid smärta, på grund av frånvaro av tydliga smärttecken att tolka upplevdes det svårt för sjuksköterskorna att bedöma hur pass allvarligt tillståndet var (Minaya-Freire et al., 2020). Denna svårighet beskrevs i studien av Minaya-Freire et al (2020), där de genom fokusgrupper med 10 sjuksköterskor undersökte omvårdnadspraxis, barriärer och facilitatorer i smärthantering av demenspatienter.

Kommunikationsstrategier vid smärtbedömning

Verbal kommunikation

När kommunikationen brister kan sjuksköterskan istället lägga fokuset på att tolka smärtsreaktioner via verbala uttryck (Lundin & Godskesen, 2021; Krupić et al., 2020a), exempelvis jämrande och skrik (Lundin & Godskesen, 2021). Sjuksköterskor upplevde att det fanns olika sätt att kommunicera med patienterna (Krupić et al., 2020b; Minaya-Freire et al., 2020). Då patienterna uttryckte smärta verbalt olika använde sig sjuksköterskorna av olika kommunikationsstrategier (Fry et al., 2017). Även om sjuksköterskor upplevde kommunikationen vid smärtbedömning som ineffektiv och svår, så handskas samtliga med problematiken olika (Krupić et al., 2020b). En del sjuksköterskor enligt Krupićs et al. (2020b) studie ansåg att kommunikationen vid smärtbedömning skulle anpassas efter patientens grad av

kognitiva svårigheter med hjälp av ett mer komprimerat, enkelt språk. Användning av enkla meningar, att vara koncis och tydlig som kommunikationsstrategi underlättade bedömningen (Krupić et al., 2020a). Därtill lyssna aktivt, låta patienten få tid att svara, att inte betona felaktigheter och att undvika distraherande bakgrundsljud. En lugn och behaglig ton av röstläge från sjuksköterskor kunde få patienterna att känna sig mer bekväma, vilket underlättade smärtbedömningen (Minaya-Freire et al., 2020). Andra sjuksköterskor ansåg att verbal kommunikation ska se likadan ut som för andra patienter och ska därmed inte förändras eller anpassas (Krupić et al., 2020b). En andel av sjuksköterskorna i Krupićs et al. (2020b) studie utgick från att patienterna inte alls förstod vad de sa och la därför ingen energi på en kommunikationsstrategi.

Sjuksköterskor upplevde att patienter med demens uttryckte glädje och i nästa sekund verbal aggressivitet, via exempelvis svordomar, som ett sätt att uttrycka smärta (Krupić et al., 2020b). Men inte alla patienter kommunicerar sin smärta, om exempelvis patienter med demens kvider eller uppvisar ett oroligt tillstånd behövde det inte bero på smärta (Fry et al., 2017). Därför upplevde sjuksköterskan det viktigt att känna till patienten vid smärtbedömning då en viss typ av yttringar kan indikera smärta medans andra inte gör det.

Icke verbal kommunikation

Många sjuksköterskor tenderade att lägga fokuset på den icke-verbala kommunikationen som ett verktyg då den verbala kommunikationen många gånger uppfattades gå förlorad eller verka ineffektiv (Krupić et al., 2020a; Minaya-Freire et al., 2020; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014). Sjuksköterskor upplevde många gånger att vanlig kommunikation, som användes vid omvårdnad av patienter som är kognitivt friska, inte fungerade vid omvårdnad av patienter med demens (Krupić et al., 2020b). En strategi blev att observera patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck samt hur de reagerade på beröring (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Den icke-verbala kommunikationen inkluderade interaktion genom mimik eller kroppsspråk (Krupić et al., 2020a; Lundin & Godskesen, 2021), där den sistnämnda spelade en viktig roll i kommunikationen med patienten (Krupić et al., 2020a). Kroppsspråk kunde visa på misstänkt smärta hos demenspatienter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013;

Minaya-Freire et al., 2020; Krupić et al., 2020b; Krupić et al., 2020a). Exempel på kroppsspråk kunde vara ansiktsuttryck, ögonkontakt, gester och hållning, vilka alla förmedlade en form av känslotillstånd.

Sjuksköterskan upplevde det viktigt att kunna läsa av patienterna och vara tydlig i interaktionen så att inte något missuppfattades eller förbisågs (Krupić et al., 2020a). Kunde sjuksköterskan tolka de smärtsignaler kan det i sin tur leda till bättre smärthanteringsbeslut (Fry et al., 2017). Vid användning av icke-verbal kommunikation kunde sjuksköterskor peka på en kroppsdel för att signalera eventuell smärta hos patienten, detta så att patienten lättare förstår frågan vid smärtbedömning (Minaya-Freire et al., 2020; Krupić et al., 2020b). Beröring av patienten är också ett exempel på kroppsspråk som kunde förmedla trygghet, säkerhet och lugn, samt användas för att kommunicera diskret och bistå med stöd (Krupić et al., 2020a). Således var det ett effektivt sätt att kommunicera med patienterna. Patienten kunde också uttrycka smärta genom att beröra eller skydda delar av sin kropp där smärtan är lokaliserad, samt genom att dra sig undan (Krupić et al., 2020b). Sjuksköterskorna i Krupićs et al. (2020a) studie ansåg att händerna var det viktigaste icke-verbala redskapet vi har för kommunikation med dementa patienter, exempelvis genom gester eller beröring.

Sjuksköterskor betonade vikten av att uppmärksamma ansiktsuttryck vid smärtbedömning då det speglade patienternas känslor (Krupić et al., 2020a). Genom att observera patientens ansiktsuttryck kunde sjuksköterskan urskilja om något är fel och om patienten hade ont, då patienter tenderade att visa smärta genom olika ansiktsuttryck, såsom genom grimasering, och rynkning av pannan (Krupić et al., 2020b; Lautenbacher et al., 2017). Detta togs fram i Lautenbachers et al. (2017) artikel som använde sig av enkäter för att undersöka vilka egenskaper i ansiktsuttryck som sjuksköterskor använder för att förutsäga smärta hos dementa patienter. En del sjuksköterskor i Lautenbachers et al. (2017) studie upplevde att ansiktsuttryck i många fall kan vara det bästa sättet att förutsäga smärta. Patienter med demens uttryckte kroppslig smärta olika, somliga uppvisade ingen smärta alls, vilket gjorde smärtbedömningen svår (Krupić et al., 2020b).

Stöttning vid smärtbedömning

Anhöriga som resurs vid smärtbedömning

Ansvarsområden för sjuksköterskor gällande smärtbedömning och hantering vid omvårdnad av demenspatienter inbegriper inte bara konstant vaksamhet av patienten, men också inkludering av anhöriga (Monroe et al., 2015; Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014; Krupić et al., 2020b; Minaya-Freire et al., 2020; Fry et al., 2017). Genom att kommunicera med anhöriga och utvinna information om patienten kunde bedömningen och behandlingen underlättas (Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014). Fördelaktig information om patienten kan vara till exempel livshistoria och personkänedom (Brorson et al., 2014).

Anhöriga till patienten kunde vara en god resurs för sjuksköterskor att identifiera smärtsignaler hos demenspatienter (Brorson et al., 2014). Tillgången till patientens bakgrund och historia, genom samarbete med de anhöriga som finns tillgängliga, gjorde tolkningen av smärtuttryck för sjuksköterskor enklare (Krupić et al., 2020b; Lundin & Godskesen, 2021). Patienter med demens har ofta upprepande beteenden vid smärta som anhöriga då enklare kan identifiera än sjuksköterskor (Lundin & Godskesen, 2021). Vidare kunde sjuksköterskor använda sig av anhöriga för att ta reda på annan information om patienten, såsom vad hen gillar och inte gillar vid bemötande (Brorson et al., 2014). Genom en bred kännedom om patienten som person, både innan och efter demensdebuten, kunde sjuksköterskan enklare anpassa sitt förhållningssätt vid bedömning och därmed underlätta tolkning av patientens smärtsignaler (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021).

Anhöriga kunde inte bara hjälpa till att känna igen smärta utan även skapa ett stöd för sjuksköterskan vid sin bedömning och hantering av en smärtpåverkad patient (Minaya-Freire et al., 2020). Sjuksköterskan upplevde bedömningen mycket enklare vid konsultation av anhöriga vid osäkerhet kring patientens smärta. Var både sjuksköterskan och de anhöriga osäkra på de tecken patienten visade upp hjälptes de åt. Sjuksköterskor som arbetade inom akutsjukvård använde sig ofta av anhörigas kunskap för att kunna identifiera och bedöma smärtan såväl som stödjande sjuksköterskan vid ytterligare utveckling av smärtsymtom (Fry et al., 2017). Det framkom att sjuksköterskorna upplevde att anhöriga ska involveras så gott det går för bästa utfall av

smärtbedömning (Fry et al., 2017), samt att en god kommunikation främjade relationen till anhöriga (Lundin & Godskesen, 2021). Om en god relation inte etablerades kunde anhörigas önsknings och åsikter istället bli ett hinder vid bedömning av smärta (Monroe et al., 2015). Detta framkom i en artikel av Monroe et al. (2015) där de utforskade sjuksköterskors metoder för att identifiera och lindra smärta hos demenspatienter på vårdhem. Bland annat när patienten hade anhöriga som är involverade i omvårdnaden kunde emellanåt friktion och konflikt skapas mellan sjuksköterskan och anhöriga angående patientens behov.

Smärtbedömningsinstrument

Smärtbedömningsinstrument är redskap som sjuksköterskor kan använda sig av vid smärtbedömning, och somliga sjuksköterskor använder de med fördel (Fry et al., 2017; Monroe et al., 2015; Brorson et al., 2014), medan andra upplever att de inte är hjälpsamma (Fry et al., 2017; Krupić et al., 2020a). Vid smärtbedömning kan sjuksköterskor förutom att undersöka patientens verbala och beteendemässiga signaler, också använda sig av olika smärtskalor samt gå genom journalen (Monroe et al., 2015). Sjuksköterskor tenderade att känna igen smärtrelaterade beteendeförändringar, dock ansågs smärtbedömningsinstrument ändå viktiga i arbetet med demenspatienter på grund av att tolkning och klinisk bedömning av smärtrelaterade uttryck kräver erfarenhet (Fry et al., 2017).

Sjuksköterskor upplevde en brist på funktionella smärtbedömningsinstrument anpassade efter patienter med demens (Fry et al., 2017; Krupić et al., 2020a; Lundin & Godskesen, 2021), vilket kunde leda till att många patienters smärta gick obemärkt och obehandlad (Fry et al., 2017). Samtidigt så är det många sjuksköterskor som inte använde någon smärtbedömningskala då de menade på att patienter med demens ändå inte kunde estimera deras smärta med hjälp av skalorna (Krupić et al., 2020a). Även de sjuksköterskor som använde skalorna uttryckte det ineffektivt på grund av den kognitiva funktionsnedsättningen samt kommunikationsbarriären (Krupić et al., 2020a). Däremot kan smärtbedömningsinstrument med fördel användas som en resurs för sjuksköterskor då en del kände sig otillräckliga på grund av osäkerheten kring smärthanteringen (Brorson et al., 2014).

Samarbete och erfarenhet

Vid god smärthantering av demenspatienter krävs det erfarenhet (Brorson et al., 2014; Fry et al., 2017; Monroe et al., 2015; Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b) och ett samarbete med kollegor (Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b; De witt Jansen., 2017). Eftersom att en patient med demens kan uppvisa en rad olika tecken på smärta, verbala som icke verbala, var erfarenhet av att bedöma dessa betydelsefulla (Krupić et al., 2020b). Förmågan till att tolka smärtsignaler upplevde sjuksköterskor grunda sig i erfarenhet (Brorson et al., 2014), likaså tolkning och klinisk bedömning av smärtrelaterade uttryck (Fry et al., 2017). Sjuksköterskans erfarenhet kunde hjälpa till att klargöra huruvida demenspatienter upplevde smärta eller inte (Monroe et al., 2015). Det framkom att många sjuksköterskor tenderade att lita på deras kunskap, erfarenhet, och kollegor (Krupić et al., 2020a). Sjuksköterskorna menade på att de med fördel kunde samla in stor mängd information från varandra för att kunna bedöma smärta effektivt hos patienter med demens (Monroe et al., 2015). När det gäller tidigare erfarenhet erhåller inte alla sjuksköterskor samma kompetens och då kunde de konsultera varandra (Krupić et al., 2020b). När det inte hjälpte fick sjuksköterskan emellanåt gissa sig till att smärta uppstått. Lyckades man inte få god kontakt med patienten bör man utöva tålamod och respekt, och låta någon annan vårdpersonal försöka (Krupić et al., 2020a). Många sjuksköterskor upplevde att smärthantering effektiviseras genom att personalen främjade utbyte av kunskap, bibehöll öppen kommunikation och hade gemensamma mål inom smärthantering (De Witt Jansen, 2017).

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att besvara syftet för föreliggande studie genomfördes en litteraturstudie. Arbetssättet vid litteraturstudien innebar att göra en strukturerad sökning av relevant och lämplig litteratur för att sedan sammanställa resultatet och kritiskt värdera det (Kristensson, 2014).

I den aktuella studien har strukturerade sökningar gjorts i tre databaser, Cinahl, Pubmed och PsycInfo, i syfte att få ett nyanserat och brett urval av artiklar. Fokuset låg på att söka artiklar i Pubmed och Cinahl. I föreliggande litteraturstudie valde författarna att inkludera en tredje

databas PsycInfo för att inte missa relevant vetenskap inom psykologi och beteendevetenskap då det är nära besläktat med patienterna som beskrivs, vilket gav mer underlag för det framtagna resultatet.

Artikelsökningen kombinerade sökorden “Dementia”, “Pain” och “Nurses” med booleska termen “AND” samt “Title” vilket gav ett tillfredsställande resultat av artiklar i respektive databas. Flera dubletter identifierades, vilka sorterades ut, och på grund av liknande resultat i sökningarna konstaterades en tillräckligt omfattande sökning. Alla titlar som sökningarna gav lästes enskilt för att sedan gemensamt, baserat på om granskningen av abstraktet var lyckat, välja ut relevanta artiklar som besvarar syftet. Trovärdigheten stärktes således genom att författarna inledningsvis läste enskilt och sedan gemensamt gjorde en sammanställning av valda artiklar. Många artiklar hade i titeln ordet *experience* vilket kan tolkas som både erfarenhet, men också upplevelser. Därmed kunde författarna inte utesluta om artiklarna dragit åt erfarenhet eller upplevelser och därför kan resultatet tolkas utifrån båda benämningarna. Sjuksköterskans bemötande av en patient med demens skapar både erfarenheter samt upplevelser. Slutligen bestämde sig författarna för att använda perspektivet erfarenhet då de flesta fenomen i kategorierna handlar om hur sjuksköterskans arbete ser ut samt omständigheterna snarare än känslan av de, exempelvis subkategorin brist på tid.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka erfarenheter, således är majoriteten av artiklarna utav kvalitativ design. Å ena sidan var samtliga artiklar av kvalitativ metod förutom en kvantitativ vilket kan uppfattas som en eventuell svaghet, å andra sidan gav den kvantitativa artikeln ett kompletterande resultatet som inga kvalitativa studier kunde ge, och därför kunde bidra till ett mer fördjupande resultat. En kvantitativ artikel inkluderades även för att öka tillförlitligheten då inga artiklar som kan besvara syftet och fått en godkänd kvalitetsgranskning bör uteslutas (Kristensson, 2014). Artiklarna skrivna av Krupić et al 2020a och 2020b förekommer ofta i föreliggande studie då innehållet var brett och informationsrikt samt kunde skapa fördjupning inom samtliga kategorier, således kunde artikeln inte uteslutas enligt ovan beskrivna princip från Kristensson (2014) som författarna följt. Även om antalet Krupić referenser är tillsynes dominerande är deras resultat i konsensus med flertalet resterande artiklars resultat och riskerar därmed inte att skapa ett vinklat sammanställt resultat i föreliggande studie.

Inklusionskriterier och avgränsningar valdes noggrant för att hitta gynnsamma artiklar. För att få en uppdaterad samling av forskning begränsades sökningen till årtalen 2011-2021. Genom att begränsa årtalen kunde författarna selektera ut äldre forskning som hade ett föråldrat perspektiv. Ett annat inklusionskriterie var att artiklar vid granskning behövde uppnå en medelhög till hög kvalitet. Artiklar med medelhög kvalitet inkluderades trots lägre kvalitet på grund av att vissa punkter som fylldes i som "oklara" bedömdes inte ha tillräcklig relevans för att artiklarna skulle uteslutas, exempelvis hanteringen av författarnas förförståelse då sökningen indikerade på ett mindre beforskat område. Artiklar som inkluderades hade redovisat för att informerat samtycke, etiskt godkännande eller etiskt resonemang, vilket var av angelägenhet för författarna i denna litteraturstudie för att inte artiklarnas resultat förvrängs. Övrigt kriterium var att endast välja artiklar som antingen var skrivna på engelska då det var ett språk båda författarna kände sig förtrogna med.

För att bibehålla tillförlitlighet och verifierbarhet i studien såg författarna till att gemensamt diskutera samtliga artiklar samt erhålla ett objektiva förhållningssätt. På detta sätt minskade författarna risken för att eget tycke och därmed vinklad tolkning av ämnet. Överförbarheten i föreliggande studie har stärkts med hjälp av en översiktlig artikelmatris av inkluderade studier som innehåller en beskrivning av syfte, metod, urval, resultat och kvalitet.

Formulering av valda kategorier var en svårighet då innehållet var svårt att beskriva med en och samma titel. Däremot beskrev samtliga artiklar snarlika erfarenheter och därmed var kategorierna enkla att identifiera tidigt i processen, vilket skapade ett tydligt resultat även om ämnet är mindre beforskat. Det fanns ett begränsat antal artiklar som exakt beskrev studiens ämne vilket kan vara en nackdel samtidigt som författarna kan se till att få med alla befintlig forskning och erfarenheter av fenomenet. På så sätt uteblir inte information då alla artiklar som besvarade syftet samt blev godkända i kvalitetsgranskningen kunde inkluderas.

Diskussion av framtaget resultat

Föreliggande studie syftade till att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos patienter med demenssjukdomar. Följande fynd presenterade i resultatdiskussionen hanterar

Vikten av personkännedom, vilken beskriver betydelsen av att ha god patientkännedom samt anhörigas involvering. Andra fyndet *Oenighet kring smärtbedömningsinstrument* behandlar oeniga åsikter av användningen av instrumenten i samband med smärtbedömning av demenspatienter. Det tredje och sista fyndet *Otillräcklig smärtlindring* handlar om att demenssjukdomen skapar hinder för sjuksköterskans möjlighet att smärtlindra adekvat.

Vikten av personkännedom

Resultatet i föreliggande studie visade på att anhöriga kunde användas som resurs för personkännedom då de kunde hjälpa sjuksköterskan att få en samlad bild av patientens smärtuttryck, således göra det enklare att tolka smärtan (Krupić et al., 2020a; Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021; Krupić et al., 2020b), då otillräcklig personkännedom upplevdes som ett hinder vid smärtbedömning (Krupić et al., 2020a). Betydelsen av att erhålla god patientkännedom var något som också framkom i resultatet av Midtbust et al. (2018) som utförde en studie med intervjuer i syfte att utforska samt öka kunskapen hos vårdpersonal angående demenspatienter vid palliativ vård. Midtbust et al. (2018) styrker i sitt resultat att vikten av att ha ett gott samarbete med patientens anhöriga ansågs vara avgörande för att kunna utföra och ge så god omvårdnad som möjligt. Även en studie av Engström et al. (2011) kom fram till att sjuksköterskor upplevde att patientens anhöriga hade betydelse då de ofta besitter viktig kunskap om patienten vilket sjuksköterskan kan använda för att kunna bistå med den bästa möjliga omvårdnaden. I denna studie utfördes intervjuer med åtta sjuksköterskor för att beskriva upplevelsen av anhörigas involvering i omvårdnaden (Engström et al., 2011). Såsom resultatet i föreliggande studie redovisade Karlsson et al. (2015) att patientens anhöriga kan användas som användbara källor för kompletterande information då de ofta har förkunskap och kan urskilja och beskriva smärtuttryck. Karlsson et al. (2015) utförde intervjuer i syfte att undersöka erfarenheter av smärtbedömning. Detta styrker även Edberg et al. (2008) i sin studie där fokusgrupper hölls med sjuksköterskor som tar hand om demenspatienter i Sverige, Australien och England. Edberg et al. (2008) redogör dock för att anhöriga inte sällan har brist på personlig information och kunskap om patienten, vilket således leder till för lite personkännedom för sjuksköterskorna om patienterna. Föreliggande studies resultat lyfte hur en påfrestad relation med anhöriga dock kan bli ett hinder vid smärtbedömning, och att det kan skapas konflikter mellan sjuksköterskan och

anhöriga (Monroe et al., 2015). Engström et al. (2011) uppger också att anhöriga kan upplevas av sjuksköterskor som krävande vid skilda åsikter kring hur patientens omvårdnad ska se ut (Engström et al., 2011). Författarna till denna studie identifierar personkännedom som viktigt vid bedömning av smärta, men att tillgången till informationen kan vara svår att erhålla.

Oenighet kring smärtbedömningsinstrument

Resultatet av föreliggande studie visar på en oenighet kring om smärtbedömningsinstrument är användningsbara eller inte, samt om de är adekvat tillämpade för demenspatienter och dess kognitiva svikt (Fry et al., 2017; Krupić et al., 2020a; Monroe et al., 2015; Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021; Krupić et al., 2020a; Krupić et al., 2020b). I Coker et al. (2010) användes både gruppdiskussioner och frågeformulär för att lyfta bland annat sjuksköterskans adaptation av kliniska rekommendationer, för bland annat äldre patienter med demens, kring smärtbedömning. Över hälften av sjuksköterskorna använde sig endast av smärtbedömningsinstrument emellanåt medans mindre än hälften alltid såg till att bedöma med hjälp av olika instrument och skalor. Den låga frekvensen av användning av smärtbedömningsinstrument rapporterades i studien av Peisah et al. (2014) där sjuksköterskor lyfte att instrumenten borde användas vid fler tillfällen då alla sjuksköterskor hade tillgång till samtliga instrument och skalor. Studien syftade till att undersöka bland annat sjuksköterskans erfarenhet, via intervjuer, av att smärtlindra patienter med demens. En studie av Dowding et al. (2016) redogör för att sjuksköterskor överlag inte tenderar att använda några smärtbedömningsinstrument då de inte litade på resultatets sammanställda poäng som de fick vid användning av instrumenten. Sjuksköterskorna valde snarare att förlita sig på sunt förnuft och erfarenhet vid bedömning av smärta hos demenspatienter (Dowding et al., 2016). I denna studie utfördes observationer av 31 demenspatienter på 11 vårdavdelningar, samt intervjuer och informella konversationer med vårdpersonal och anhöriga till patienten. En sjuksköterska i Dowdings et al. (2016) studie använde sig dock utav ett instrument men enbart i syfte att inte utesluta eller missa något. Rantala et al. (2012) använde data från enkätsvar från vårdpersonal för att utvärdera smärtbedömningsmetoder för demenspatienter och fick fram i deras resultat att smärtbedömningsinstrument används men användes också i kombination med beteendebedömning för patienter med demens. I en studie av Berry et al. (2012) samlades datan

in med hjälp av enkäter vars syfte var att utforska attityder och kunskap av att hantera smärta hos demenspatienter). I Berrys et al. (2012) studie fanns det sjuksköterskor som ansåg att många smärtbedömningsinstrument inte var lämpade för användning för patienter med demens, och att även här såsom Rantala et al. (2012) beskriver finns det andra indikationer på smärta som var viktiga att ha i åtanke vid smärtbedömning av demenspatienter. Precis som föreliggande studie beskriver samtliga rapporter problematiken kring oenigheten vid smärtbedömning, vilket författarna av föreliggande studie ser som en indikation på att det är viktigt att granska samtliga smärtbedömningsinstrument för att därmed kunna upprätta mer lämpade metoder för bedömning av demenspatienters smärta i framtiden.

Otillräcklig smärtlindring

Föreliggande studie visade på att sjuksköterskan kunde uppleva svårigheter kring bedömning av patientens smärta, på grund av bland annat beteendeförändringar och kommunikationshinder som kan dölja patientens smärttillstånd, vilket kunde leda till otillräcklig smärtlindring (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Fry et al., 2017). Även majoriteten av sjuksköterskorna i Rantalas et al. (2014a) studie, där 269 sjuksköterskor fyllde i ett frågeformulär angående smärtlindring av demenspatienter de två första dagarna postoperativt efter en höftfraktur, hade som mål att smärtlindra patienten men inte fullständigt. Endast 22% av sjuksköterskorna hade som huvudmål att fullständigt smärtlindra patienten. Precis som föreliggande studie beskriver menar Rantala et al. (2014a) att motståndet, som grundar sig i beteendeförändringar, emellanåt var orsaken till att patienten inte blev effektivt smärtlindrad. Genom att patienten vägrade ta läkemedel eller drog i slangar och katetrar skapades hinder för fullständig smärtlindring. Däremot visar en annan studie av Rantala et al. (2014b) att 53% av sjuksköterskorna upplevde att patienterna blev tillräckligt smärtlindrade. Samtidigt så upplevde nästan hälften av sjuksköterskorna motsatsen och ansåg att bland annat tidsbrist var en faktor till att patienterna med demens inte blev tillräckligt smärtlindrad. I denna studien undersöktes, genom att 331 sjuksköterskor fyllde i ett frågeformulär, sjuksköterskans erfarenhet av barriärer vid smärtlindring av demens patienter postoperativt efter en höftfraktur. En annan viktig orsak till de motstånd som uppstod vid medicinering från patientens sida var kognitiva nedsättningar som gjorde att patienten inte förstod situationen och orsaken till sjuksköterskans uppgift. På grund av motståndet, som kunde

visa sig genom vägran till medicin och felaktig hantering av utrustning, hann inte sjuksköterskan fullfölja sin ordination samt omvårdnad. Patienten kunde även uppvisa rastlöshet och ångest vilket utgjorde ett hinder vid smärtlindrande ordinationer då motståndet ökade i samband med att patienten inte förstod situationen. Gemensamma faktorer som återkommer som problematiska för effektiv smärtlindring är sjuksköterskans oförmåga till att kommunicera med och därmed förstå patienten samt svåra beteenden hos patienten som utgör ett motstånd vid omvårdnad (Parkman et al., 2021). Många sjuksköterskor upplever svårigheter med att få patienter med demens effektivt smärtlindrade vilket har en negativ påverkan på sjuksköterskans arbete samt den vård patienten får (Parkman et al., 2021; Rantala et al., 2014a; Rantala et al., 2014b; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013; Fry et al., 2017).

Anknytning till teori

Virginia Hendersons omvårdnadsteori bygger på främja individbaserade behov i syfte att kunna utöva god individbaserad omvårdnad (Thorsén, 1997). Föreliggande studie beskriver vikten av att lära känna patienten och anpassa sitt bemötande samt omvårdnaden efter patientens brister (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021; Krupić et al., 2020a), vilket beskriver innebörden av personcentrerad vård som är rekommenderat att utgå ifrån vid omvårdnad av patienter med demens (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017). Henderson beskriver individbaserad omvårdnad som att sjuksköterskan ska uppmärksamma problem och anpassa omvårdnaden utifrån dessa (Ahtisham & Jacoline, 2015), vilket ingår i personcentrerad omvårdnad (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017).

Henderson menar på att sjuksköterskan ska främja patientens befintliga funktion men även anpassa sig efter de nedsättningar som finns på grund av till exempel en sjukdom. Sjuksköterskans omvårdnad grundar sig bland annat i att lyfta patientens vilja och behov (Ahtisham & Jacoline, 2015). Resultatet i föreliggande studie tyder på att en alternativ kommunikationsstrategi krävs vid smärtbedömning när kommunikationen brister mellan sjuksköterskan och patienten. Ett utbyte av verbal och icke verbal kommunikation sker då istället och främjar för att patientens smärta ska nå fram till sjuksköterskan (Lundin & Godskesen, 2021;

Krupić et al., 2020a). Henderson lyfter att människans hälsa ska bemötas ur ett helhetsperspektiv (Thorsén, 1997). En bred personkännedom och förförståelse om patienten, från exempelvis information om livshistoria, grundar för skapande av en helhet, där en individbaserad omvårdnad kan främjas. Resultatet visade att det är av vikt för sjuksköterskan att känna till patienten vid smärtbedömning (Fry et al., 2017). Henderson menar även på att information om patienten är relevant för en individbaserad omvårdnad (Ahtisham & Jacoline, 2015). I föreliggande studie visade resultatet att sjuksköterskan vänder sig till anhöriga för att få information och personkännedom om patienten vilket främjade bemötandet vid smärtbedömning (Lundin & Godskesen, 2021; Brorson et al., 2014; Krupić et al., 2020b).

Slutsats och kliniska implikationer

Studien uppvisar en bild av brist på avsatt tid, funktionella smärtbedömningsverktyg och effektiv omvårdnad för patienter med demens, vilket leder till känslor av osäkerhet för sjuksköterskor som arbetar med patienter som har demenssjukdomar. Dessa brister som sjuksköterskan upplever återspeglar sig i de åtgärder som används när osäkerhet kring smärtbedömning uppstår. Åtgärderna grundar sig på gissningar och missvisande bedömningar utifrån patientens beteendeförändringar och signaler, verbala såsom icke verbala. Dessa osäkra bedömningar resulterar i ineffektiv smärtlindring vilket påverkar patientens omvårdnad negativt samt sjuksköterskans arbete. De stöd sjuksköterskor fann underlätta arbetet var hjälp från anhöriga, emellanåt ett och annat smärtbedömnings verktyg, erfarenhet och samarbete som innefattar stöd från kollegor. Genom att belysa de brister som föreligger vid smärtbedömning av demenspatienter kan sjuksköterskans erfarenheter uppmärksammas och därmed kan nya lösningar och strategier formars. Denna studie kan med sitt underlag underlätta sjuksköterskans framtida arbete genom att lyfta de behov som finns. Exempel på områden som kräver förbättring är den personcentrerade vården där sjuksköterskan har total personkännedom och därtill tiden till att införskaffa informationen och därmed smärtbedöma mer effektivt. Vidare behöver smärtbedömningsinstrument för patienter med demens utvecklas för att underlättas och få mer eniga uppfattningar av dem, då de bedömningsinstrument som används inte upplevs som

tillförlitliga. Eftersom att ämnet är relativt obeforskad, och samtidigt besitter många brister som utgör lidande för de patienter som inte blir tillräckligt smärtlindrade, krävs det nya implementeringar i praktiken och ytterligare forskning för att både patienten och sjuksköterskans vårdkvalitet ska kunna förbättras. Ny forskning behöver lyfta nuvarande effektiva kommunikationssätt genom att observera sjuksköterskans olika erfarenheter och egna strategier. Genom att få en översikt av samtliga kommunikationsstrategier, smärtbedömningsinstrument och bemötande kan utbildning inför smärtbedömning av patienter med demens aktualiseras. På så sätt kan nya sjuksköterskor utbildas och förberedas mer effektivt inför smärtbedömning av patienter med demens.

Författarnas arbetsfördelning

Under samtliga moment av skrivandet har båda författarna till den föreliggande studien deltagit och medverkat likvärdigt/ gemensamt. Artikelsökningen i databaserna har granskats av båda författarna men utfördes enskilt per databas. Granskningen enligt SBU:s granskningsmallar, analysen, sammanställningen av resultatet och diskussion utfördes gemensamt med kontinuerlig dialog mellan författarna, och i samråd med handledare.

Referenser

Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450.

Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1785–1800. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S1041610217001429>

Barry, H. E., Parsons, C., Passmore, A. P., & Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258–1266. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/gps.3770>

Barry, H. E., Parsons, C., Passmore, A. P., & Hughes, C. M. (2015). Pain in care home residents with dementia: An exploration of frequency, prescribing and relatives' perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 55–63. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/gps.4111>

Björkman, I., Lützn, K., & Jakobsson Ung., E. (2019) Sjuksköterskan som professionell yrkesutövare, forskare och samhällsförändrare. I E. Ehrenberg & L. Wallin (Red)., *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. (3 uppl. s.25-42). Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Blair, M., Marczyński, C. A., Davis-Faroque, N., & Kertesz, A. (2007). A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Journal of the international neuropsychological society*, 12(2), 237-245. <https://doi.org/10.1017/S1355617707070269>

Burgstaller, M., Mayer, H., Schiess, C., & Saxer, S. (2018). Experiences and needs of relatives of people with dementia in acute hospitals—A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of*

Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 27(3–4), 502–515. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13934>

*Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2013). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I., & Taniguchi, A. (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing Research*, 23(3), 139–146. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.apnr.2008.07.003>

Davison, T. E., O'Connor, D. W., McCabe, M. P., Mellor, D., Hallford, D., Seedy, M., MacPherson, S., & Bird, M. (2017). Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes: Staff perceptions and their concordance with informant scales. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(1), 34–43. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3928/00989134-20160928-01>

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2018). “A tool doesn't add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/gps.4931>

*De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., & Watson, M. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13442>

Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., Lasrado, R., Sampson, E. L., Swarbrick, C., & José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, *53*, 152–162. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>

Dubois, B., Picard, G., & Sarazin, M. (2009). Early detection of Alzheimer's disease: new diagnostic criteria. *Dialogues in clinical neuroscience*, *11*(2), 135–139. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/bdubois>

Edberg, A., Bird, M., Richards, D., Woods, R., Keely, P., & Davis-Quarell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental health*, *12*, 236-243.

Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, *27*(1), 1–9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2010.11.004>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl) (s.141-152). Lund: Studentlitteratur.

*Fry, M., Arendts, G., & Chenoweth, L. (2017). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(9–10), 1281–1290. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13591>

*Gilmore-Bykovskyi AL, Bowers BJ. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Res Gerontol Nurs*, *6*(2), 127-38. doi: 10.3928/19404921-20130110-02.

Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations.

Pain Management Nursing, 12(4), 230–250. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pmn.2011.10.002>

Ismail, Z., Gatchel, J., Bateman, D. R., Barcelos-Ferreira, R., Chantillon, M., Jaeger, J., Donovan, N. J., & Mortby, M. E. (2018). Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: Exploring the mild behavioral impairment symptoms of depression, anxiety, irritability, and euphoria. *International Psychogeriatrics*, 30(2), 185–196. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S1041610217001880>

Kang H, Smith M, Buckwalter KC, Ellingrod V, & Schultz SK. (2010). Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(1), 18–30. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3928/00989134-20091204-01>

Karlsson, C. E., Ek, K., Bergh, I., & Ernsth Bravell, M.. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: A Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 190–200. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/opn.12072>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Krupić, F., Bišćević, M., Spahić, E., Jašarević, A., Jašarević, M., Grbić, K., Hamrin Senorski, E. 1989, Svantesson, E., Čustović, S., & Westin, O. (2020a). Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes. *Medicinski Glasnik : Official Publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 17(1), 216–223. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.17392/1042-20>

*Krupić, F., Grbic, K., Hamrin Senorski, E. 1989, Lepara, O., Fatah, N., & Svantesson, E. (2020b). Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of Postoperative Pain in Patients with Hip Fracture and Dementia. *Materia Socio-Medica*, 32(1), 50–56. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.5455/msm.2020.32.50-56>

*Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Päähl, S., & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*, *18*(11), 2105–2115. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1093/pm/pnw281>

*Lundin, E., & Godskesen, T. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, *20*(1). <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12912-021-00566-7>

Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgrò, G., Spadea, F., & Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, *50*(4), 1217–1225. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3233/JAD-150808>

May Helen Midtbust, Rigmor Einang Alnes, Eva Gjengedal, & Else Lykkeslet. (2018). A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BMC Palliative Care*, *17*(1), 1–9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12904-018-0282-8>

*Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing*, *21*(6), 495–501. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pmn.2020.03.003>

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC health services research*, *18*(1), 709. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>

Molin, B. (2014). Smärta i den äldre populationen. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologisk perspektiv* (2 uppl.,s.165-169). Studentlitteratur.

*Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Muñoz-Narbona, L., Cabrera-Jaime, S., Lluch-Canut, T., Castaño, P. B., & Roldán-Merino, J. (2020). E-Learning course for nurses on pain assessment in patients unable to self-report. *Nurse Education in Practice*, 43. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nepr.2020.102728>

Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting – a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. *International journal of older people nursing*, 1(4), 208-15.

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014) Om smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologisk perspektiv* (2 uppl., s. 11-13). Studentlitteratur.

Norrbrink, C., Lund, I., & Lundeberg, T. (2014). Smärtanalys och smärtskattning. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologisk perspektiv* (2 uppl., s. 95-100). Studentlitteratur.

Parkman, S., Mastel-Smith, B., McGuire, A., & Duke, G. (2021). Insights to Identifying and Managing Pain in Persons With Dementia in Long-Term Care: A Mixed Methods Study Comparing the Abbey Pain Scale and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(2), 21–30. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3928/00989134-20210113-01>

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011) *Pain assessment and pharmacologic management*. Mosby, St. Louis.

Peisah, C., Weaver, J., Wong, L., & Strukovski, JA. (2014). Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clinical Interventions in Aging, 9*, 1767–1774.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. ed.). Philadelphia: Pa. Wolters Kluwer.

Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2014a). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia—Reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing, 23*(21–22), 3095–3106. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12548>

Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., & Hartikainen, S. (2012). Post-operative pain management practices in patients with dementia - the current situation in Finland. *Open Nursing Journal, 6*(1), 71–81. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2174/1874434601206010071>

Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., & Hartikainen, S. (2014b). Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture Patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff. *Pain Management Nursing, 15*(1), 208–219. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pmn.2012.08.007>

Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person centred care: The nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing, 24*(9–10), 1223–1233. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12662>

Scherder, E. J., Sergeant, J. A., & Swaab, D. F. (2003). Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurology, 2*(11), 677–686. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S1474-4422\(03\)00556-8](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S1474-4422(03)00556-8)

Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(3), 161–169. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jamda.2012.09.027>

SFS. (2014:821). *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad: 19 April, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS. (2003:460). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad: 6 Maj, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Sherrod RA, Collins A, Wynn S, & Gragg M. (2010). Dissecting dementia, depression, and drug effects in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(1), 39–49. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3928/02793695-20091204-01>

Smythe, A., Jenkins, C., Miecznikowska, M.G., Bentham, P., & Oyeboode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse education today*, 50, 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.015>

Szekely, C-A., Breitner, J-C-S., & Zandi, P-P. (2007). Prevention of Alzheimer's disease. *International Review of Psychiatry*, 19, 693-706.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020a). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Satsa på omvårdnadsforskning för att förbättra vården* [Broschyr]. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. (2 uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1.

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Woods DY., & Dimond M. (2002). The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing*, 4(2), 104–114.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1099800402238331>

Wijk, H. (2019). Kognitiv svikt och förvirringstillstånd. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundnivå*. (3 uppl. s.137-161). Lund: Författarna och studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl.) (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.

Studier markerade med * är studier som inkluderades i resultatet.

Bilaga 1: Artikelmatris

Artiklens namn Författare Publiceringsår Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Artiklens namn: Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia.</p> <p>Författare: Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I.</p> <p>Publiceringsår: 2013</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring i livets slutskede hos patienter med demens</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv, explorativ studie, semistrukturerade intervjuer med sju sjuksköterskor som arbetade dag och nattsift på en neuropsykiatrisk enhet på ett sjukhus med erfarenhet av att arbeta med demens patienter i livets slutskede.</p>	<p>Smärtlindring är komplext hos patienter med demens i slutet av livet. Den bristande verbala kommunikationen skapar ett hinder för patienten att kunna uttrycka sin smärta. Att känna till patientens livshistoria, yrkeserfarenhet, lagarbete, god kommunikation och användning av smärtbedömningsverktyg rapporterades som viktigt av sjuksköterskorna.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study.</p> <p>Författare: De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., & Watson, M.</p> <p>Publiceringsår: 2017</p> <p>Land: England</p>	<p>Att utforska hospice och akutvård, samt att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att behandla smärta med demenspatienter i palliativ vård, och identifiera utmaningar och övningsområden.</p>	<p>Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer med tematisk analys. 24 legitimerade sjuksköterskor från 10 vårdhem i England intervjuades som tar hand om döende demenspatienter.</p>	<p>Patientrelaterade utmaningar i smärthantering är universella i alla vårdmiljöer, men sjuksköterske- och organisationsrelaterade barriärer skilde sig åt mellan olika vårdmiljöer. Det finns behov av ett interaktivt lärande och praktisk utveckling.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment</p>	<p>Undersöka akutsjuksköterskors perspektiv på genomförbarhet och användbarhet av PAINAD för demens patienter</p>	<p>Multicentered explorativ kvalitativ studie, som genomfördes med ett konstruktivistisk paradig. Sjuksköterskor från</p>	<p>Kognitiva nedsättningar är en barriär för smärtbedömning, PAINAD skapar struktur vid smärtbedömning och upplevdes fungera bäst. Ytterligare stöd vid</p>	<p>MEDELHÖG</p>

<p>Författare: Fry, M., Arendts, G., & Chenoweth, L.</p> <p>Publiceringsår: 2017</p> <p>Land: Australia</p>	<p>över 65 år med kognitiva nedsättningar. PAINAD jämfördes med Abbey Pain Scale, Doloplus-2 and PACSLAC. Syftet var att bedöma vilket instrument som funkar bäst för akutsjukvården och demens patienterna.</p>	<p>tre olika akutsjukvårds avdelningar intervjuades i fokusgrupper.</p>	<p>bedömning är anhöriga till patienten samt personcentrerad vård.</p>	
<p>Artikels namn: Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia.</p> <p>Författare: Gilmore-Bykovskiy AL, Bowers BJ.</p> <p>Publiceringsår: 2013</p> <p>Land: USA</p>	<p>Undersöka hur sjuksköterskor fattar farmakologiska beslut för att smärtbehandla demenspatienter på boenden.</p>	<p>Kvalitativ studie, 15 intervjuer med 13 sjuksköterskor.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde olika nivåer av säkerhet kring misstänkt smärta och om smärtan upplevdes synlig eller icke-synlig hos demenspatienter. Beteendeförändringar var det som visade misstänkt smärta mest. Demenspatienterna ansågs ha störst risk att uppleva en underskattning, underbehandling och försenad smärtbehandling.</p>	<p>MEDELHÖG</p>
<p>Artikels namn: Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes.</p> <p>Författare: Krupić, F., Bišćević, M., Spahić, E., Jašarević, A., Jašarević, M., Grbić, K., Hamrin Senorski, E. 1989, Svantesson, E., Čustović, S., & Westin, O.</p> <p>Publiceringsår: 2020</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Utforska registrerade sjuksköterskors erfarenhet av att bedöma postoperativ smärta efter en höftfraktur hos patienter med demens som bor på vårdhem.</p>	<p>Kvalitativ studie, frågeformulär skickades till 30 registrerade sjuksköterskor på tre olika vårdhem, 24 stycken svarade på frågorna.</p>	<p>Sjuksköterskor rapporterade att den verbala kommunikationen var svår med demenspatienter och icke-verbal kommunikation var därmed viktigt. Att bedöma smärta hos patienter med demens och höftfrakturer var komplext.</p>	<p>HÖG</p>

<p>Artiklens namn: Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of Postoperative Pain in Patients with Hip Fracture and Dementia.</p> <p>Författare: Krupić, F., Grbic, K., Hamrin Senorski, E. 1989, Lepara, O., Fatah, N., & Svantesson, E.</p> <p>Publiceringsår: 2020</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Utforska intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av att bedöma smärta hos demenspatienter som har en höftfraktur i en postoperativ miljö.</p>	<p>Kvalitativ design, 5 fokusgruppsdiskussioner med 25 sjuksköterskor.</p>	<p>Brist på information och kunskap om patienter identifierades som faktorer som påverkar smärtbedömningen hos demenspatienter. Detta orsakades av tidsbrist och stress. Olika kommunikationsformer kunde upplevas som hinder vid bedömning av smärta.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?</p> <p>Författare: Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Päähl, S., & Kunz, M.</p> <p>Publiceringsår: 2017</p> <p>Land: Tyskland</p>	<p>Undersöka vilka egenskaper som ansiktsuttryck visar som vårdgivare förlitar sig på vid smärtbedömning av demenspatienter, samt förekomsten och intensiteten av dessa.</p>	<p>Kvantitativ design. Frågeformulär om ansiktsdeskriptorer för smärta skickades till 79 vårdhem där sjuksköterskorna observerade patienter med demens. Sedan värderades uttrycken med hjälp av de deskriptorerna för att få en övergripande smärtskattning.</p>	<p>Den genomsnittliga smärtan uppskattades var måttlig. "Frowning", "narrowed eyes", "looking tense" och "looking frightened" var huvudsakligen de deskriptorer som användes för att förutspå smärta.</p>	<p>MEDELHÖG</p>
<p>Artiklens namn: End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes.</p> <p>Författare: Lundin, E., & Godsken, T.</p> <p>Publiceringsår: 2021</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda för patienter med demens och smärta vid livets slutskede.</p>	<p>Deskriptiv, explorativ, kvalitativ studie. Semi strukturerade intervjuer med 13 sjuksköterskor från 12 olika vårdhem.</p>	<p>Sjuksköterskorna beskrev utmaningar i kommunikation, relation och organisationen. Kommunikationsbarriärer mellan patienten och sjuksköterskan påverkade smärta bedömningen negativt. Osäkerhet uppstod även när smärtan var svår att urskilja från ångest. Personkännedom om patienten, ta hjälp av anhöriga, samarbete och erfarenhet var viktiga komponenter för funktionell bedömning.</p>	<p>HÖG</p>
<p>Artiklens namn: Facilitators, Barriers, and</p>	<p>Att reflektera och identifiera barriärer</p>	<p>Kvalitativ design. 10 sjuksköterskor</p>	<p>Yrkeserfarenhet var en facilitator som</p>	<p>HÖG</p>

<p>Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia.</p> <p>Författare: Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M.</p> <p>Publiceringsår: 2020</p> <p>Land: Spanien</p>	<p>och facilitatorer i hantering av smärta hos demenspatienter, därtill att föreslå åtgärder för förbättring.</p>	<p>medverkade i 3 fokusgrupper samt enkäter.</p>	<p>identifierades. En barriär som lyftes var brist på kunskap, tid och färdigheter. Förbättringar som föreslogs var utbildningsprogram och skapade av ett register där patientens smärta kan registreras.</p>	
<p>Artiklens namn: Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.</p> <p>Författare: Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C.</p> <p>Publiceringsår: 2015</p> <p>Land: USA</p>	<p>Utforska vårdhemssjuksköterskors metoder för att identifiera och behandla smärta hos demenspatienter som bor på vårdhem.</p>	<p>Kvalitativ design. Explorativ studie. Två fokusgrupper med 29 sjuksköterskor totalt genomfördes, där semistrukturerade öppna frågor ställdes.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde det svårt att bedöma smärta om patienten inte var välkänd. De beskrev även svårigheter i att bedöma om patienten uttryckte smärta överhuvudtaget samt omständigheterna kring smärtan. Inkludering av familj och anhöriga i omvårdnaden var viktigt.</p>	<p>MEDELHÖG</p>