



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

KANDIDATUPPSATS



Smärtbedömning hos patienter med  
demenssjukdom

Ellen Alexandersson och Viktoria Persson

Omvårdnad - vetenskapligt arbete 15hp

Halmstad 2014-02-20

# **Smärtbedömning hos patienter med demenssjukdom**

**Ellen Alexandersson och Viktoria Persson**

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp  
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90)  
Ht 2013

Sektionen för hälsa och samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad

# **Pain assessment in patients with dementia**

**Ellen Alexandersson och Viktoria Persson**

Nursing Programme, 180 credits  
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)  
Autumn 2013

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S- 301 18 Halmstad

<b>Titel</b>	Smärtbedömning hos patienter med demenssjukdom
<b>Författare</b>	Ellen Alexandersson och Viktoria Persson
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle
<b>Handledare</b>	Märta Nilsson, Universitetsadjunkt, omvårdnad
<b>Examinator</b>	Ing-Marie Carlsson, Universitetsadjunkt, Fil.Mag. omvårdnad, Doktorand i vårdvetenskap
<b>Tid</b>	Höstterminen 2013
<b>Sidantal</b>	40 sidor
<b>Nyckelord</b>	Demens, Sjuksköterska, Smärtbedömning
<b>Sammanfattning</b>	<p>Patienter diagnostiserade med en demenssjukdom har en nedsatt förmåga att uttrycka smärta vilket skapar problem i samband med smärtidentifiering, vilket leder till ökade krav och ansvar av sjuksköterskan. År 2010 beräknades 148000 svenska invånare vara diagnostiserade med någon form av demenssjukdom, vilket gör den till Sveriges vanligaste sjukdom bland äldre. Syftet var att belysa vilken kunskap sjuksköterskan behöver vid smärtbedömning av patienter med demenssjukdom. Metoden som användes var en litteraturstudie där resultatet utgjordes av 14 vetenskapliga artiklar, där 9 var kvalitativa och 5 var kvantitativa. Resultatet visar att smärta främst uttrycks genom beteendeförändringar, ansiktsuttryck och verbala uttryck. För att bedöma smärtan använder sig sjuksköterskan av dygnsregistreringsscheman och familjemedlemmar. Svårigheter med smärtbedömningen hos denna patientgrupp leder ibland till att sjuksköterskan blundar för smärtproblematiken och upplever känslor av maktlöshet och ångest. Då andelen patienter med demenssjukdom, och då även smärtproblematik beräknas öka krävs det av sjuksköterskorna en ökad utbildning och medvetenhet. Genom att nytexaminerade sjuksköterskor får kunskap om patientgruppen sprids kunskapen till den kliniska verksamheten. Inom forskning önskas studier där hänsyn till kön tas.</p>

<b>Title</b>	Pain assessment in patients with dementia
<b>Author</b>	Ellen Alexandersson och Viktoria Persson
<b>Department</b>	School of Social and Health Sciences
<b>Supervisor</b>	Märta Nilsson, Lecturer
<b>Examiner</b>	Ing-Marie Carlsson, Lecture, MScN, PhD student in Caring Science.
<b>Period</b>	autumn 2013
<b>Pages</b>	40 pages
<b>Key words</b>	Dementia, Nurse, Pain assessment
<b>Abstract</b>	<p>Patients diagnosed with dementia have an impaired ability to express pain, which creates problems associated with pain identification, which leads to increased demands and responsibilities of the nurse. The year of 2010 148,000 Swedish residents were calculated to be diagnosed with some form of dementia, which makes it Sweden's most common disease among the elderly. The purpose was to illuminate the knowledge nurses need for pain assessment of patients with dementia. The method used was a literature study in which the outcome consisted of 14 scientific articles, where 9 were qualitative and 5 were quantitative. The result shows that pain is mainly expressed through changes in behavior, facial expression and verbal expression. To assess pain the nurse primarily uses day registration schedules and family members. Difficulties with pain assessment in this population sometimes leads to nurse ignores the pain and experiencing feelings of powerlessness and anxiety. As the proportion of patients with dementia and pain problems is estimated to increase nurses required increased education and awareness. When recently graduated nurses gain knowledge of the patient group they can spread knowledge to clinical practice. In research studies, there is a desire to take account of gender.</p>

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<i>Demenssjukdom</i> .....	<i>1</i>
<i>Smärta</i> .....	<i>2</i>
<i>Bedömningsinstrument vid smärta hos patienter med demenssjukdom</i> .....	<i>3</i>
<i>Sjuksköterskans ansvar</i> .....	<i>3</i>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
<i>Datainsamling</i> .....	<i>5</i>
<i>Databearbetning</i> .....	<i>5</i>
<b>Resultat</b> .....	<b>6</b>
<i>Att ha kunskap om hur smärtuttryck identifieras</i> .....	<i>6</i>
<i>Att ha kunskap om varje enskild patient</i> .....	<i>7</i>
<i>Att ha kunskap om demenssjukdom och sjukdomens komplexitet</i> .....	<i>8</i>
<b>Diskussion</b> .....	<b>9</b>
<i>Metoddiskussion</i> .....	<i>9</i>
<i>Resultatdiskussion</i> .....	<i>10</i>
<b>Konklusion</b> .....	<b>13</b>
<b>Implikation</b> .....	<b>14</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Bilaga A</b>	
<b>Bilaga B</b>	
<b>Bilaga C1-C9</b>	
<b>Bilaga D1-5</b>	

# Inledning

I Sverige ökar andelen äldre och med stigande ålder ökar risken för att utveckla demens, (Socialstyrelsen, 2012). År 2010 beräknades 148 000 invånare i Sverige vara diagnostiserade med någon form av demenssjukdom, varannan person över 90 år lever med diagnosen. McCullars Varner (2012) menar att patienter som lider av demenssjukdom drabbas av kognitiva nedsättningar som successivt leder till försämrad kommunikation hos denna patientgrupp, vilket försvårar patientens förmåga att uttrycka sina behov och känslor. Problem med smärtbedömning uppstår på grund av dessa specifika svårigheter hos patientgruppen (Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006). Oidentifierad och obehandlad smärta leder till höga kostnader för samhället (Socialstyrelsen, 2012). Symptom på smärta som patienten upplever men inte får korrekt bedömd, orsakar en arbetsbörda för sjuksköterskan som både måste diagnostisera patientens symptom, beteendeförändringar och behandla grundorsaken till smärtproblematiken (Epperson & Bonnel, 2004). Ansvar och kravet att tolka patientens signaler för att undvika onödigt lidande ökar hos sjuksköterskan i takt med att demenssjukdomen successivt förvärras (Blomqvist, 2011). Underbehandlad smärta hos patienter med demenssjukdom har enligt Lin, Lin, Shyu & Hua (2011) upptäckts runt om i världen. Obehandlad smärta ger inte bara onödigt lidande för patienterna utan påverkar också det dagliga livet.

## Bakgrund

### Demenssjukdom

Demenssjukdomen är enligt Almqvist et al. (2003) den vanligaste sjukdomen bland äldre i Sverige och resulterar i ett betydande handikapp. Demens är samlingsnamnet för flera sjukdomar som är starkt förknippade med stigande ålder.

Demens definieras som en ”fortskridande och bestående nedbrytning av hjärnans funktioner på grund av att en sjukdom eller skada drabbat hjärnan” (Almqvist & Jansson, 2003 s. 18-19).

I vissa fall finns det genetiska faktorer bakom sjukdomens uppkomst. Ring (2013) beskriver demenssjukdomar som livslånga kroniska sjukdomar som det saknas botemedel mot. Eftersom botemedel saknas är det viktigt med god omvårdnad och symptomlindrande behandling av exempelvis kognitiva symptom. De generella symptomen på demenssjukdom är enligt Abrahamsson (2003) en försämrad minnesfunktion, nedsatt alldaglig förmåga och företagsamhet samt bortfall av känslor som obehag, rädsla och förvirring.

Alzheimers sjukdom beskrevs enligt Almqvist et al. (2003) första gången år 1906 av Alois Alzheimer som var en tysk läkare. Han fann mikroskopiska förändringar vid en obduktion av en patient, fynd som forskare först på 1980-talet följde upp. I Sverige står Alzheimers sjukdom för 60 % av alla demenssjukdomar (Ring, 2013). Vid insjuknande drabbas hela storhjärnan då hjärnvävnaden successivt förstörs, vilket resulterar i smygande symptom som glömska, problem med planering samt svårigheter att sköta sitt alldagliga liv. Vaskulär demens är den näst vanligaste demenssjukdomen i Sverige. I detta fall orsakas skadorna på hjärnan av hjärninfarkter. Symptomen beror på skadans lokalisering och kan uppkomma både akut eller successivt. Frontallobdemens är en förtvinning av nervceller i framlöb eller den främre delen av tinningloberna. Frontallobdemens drabbar både de som är i yrkesverksam

ålder samt de äldre. Sjukdomen karaktäriseras av personlighetsförändringar och vredesutbrott på grund av skadans lokalisation. Ovanligare är att demenssjukdomar har sin uppkomst i infektioner, vilka anses vara orsaken i ca 3 % av fallen (Ring, 2013).

Sjukhusmiljön är för många patienter en ny och främmande upplevelse, men för de med demenssjukdom bidrar den nya miljön dessutom till sämre inlärning, främmande beteende och en stark känsla av otrygghet (Baillie, Merritt & Cox, 2012). Miljön på våra sjukhus är inte anpassad för patienter med demenssjukdom, vilket skapar osäkerhet och hinder (Skog, 2010). Mörk färg kring dörröppningar är något som denna patientgrupp kan uppfatta som en nivå-sänkning, vilket gör att patienterna inte vågar lämna rummet. En patient som i hemmiljön själv klarar av att sköta sina toalettbehov kan i den nya miljön tillfälligt mista förmågan om dörrhandtaget till toaletten förs uppåt, vilket inte patienten är van vid. En annan faktor som kan påverka patienten är nya ljud, dels från övervakningsapparater men även från larmsystem, vilket skapar oro och stress. Patienter med demenssjukdom är känsliga för stress och kan själva bli stressade om vårdpersonalen eller situationen på avdelningen är stressfull. Det gäller då för sjuksköterskan att skapa en trygg miljö genom ett lugnt bemötande, fotografier eller favoritkudden (Skog, 2010). I vårdmiljön ställs krav på att patienterna själva kan förmedla symptomens lokalisation, karaktär och intensitet samt dess svårighetsgrad, vilket patienter med demenssjukdom har problem med (Baillie et al, 2012).

## Smärta

Smärta är ett komplicerat fenomen, som kan definieras och förklaras som en obehaglig sinnesförmåelse och känslomässig upplevelse (Linton, 2013). Även sättet att hantera smärta är individuellt och kan upplevas i allt från lindrigt obehag till olidlig plåga. Hur vi sedan hanterar och upplever dessa smärtupplevelser skiljer sig från individ till individ. Smärta klassificeras enligt Hægerstam (2007) i nociceptiv, neurogen och psykogen smärta. Utsätts huden eller ledkapseln för en stark termisk eller mekanisk retning uppstår nociceptiv smärta. Denna smärta uppfattas som molande, brännande och huggande och är sammankopplad med inflammation, och kännetecknas av rodnad, värme och svullnad. Har smärtan istället sin koppling till nervsystemet kallas det neurogen smärta och beroende på var ifrån i nervsystemet som den smärtutlösande processen härstammar benämns den som perifer eller central neurogen. Symptom på denna smärta kan vara känselstörningar eller förmåelse av att smärtan sprider sig i kroppen. Psykogen smärta orsakas vanligtvis av psykiska faktorer, dock kan orsaken också härstamma från en utdragen kroppsskada eller sjukdom, som ger upphov till psykisk smärta såsom depression eller ångest. När sjuksköterskan beskriver smärta används oftast jämförelser eller ord, som talar om hur något är (Linton, 2013). Detta betyder att smärta kan förklaras på åtskilliga sätt, vilket är en starkt bidragande faktor till varför smärta är så svårt att definiera och mäta (Hægerstam, 2007). Det har tidigare ansetts att patienter som diagnostiserats med demenssjukdomen Alzheimers sjukdom inte upplevt smärta på samma sätt som patienter med annan kognitiv nedsättning. Dagens forskning visar att det inte är någon skillnad i smärtupplevelse mellan de patienter som diagnostiserats med Alzheimers sjukdom och övriga demenssjukdomar. Den normala fysiologiska reaktionen på smärta påvisar blodtryckshöjning och pulsstegring, vilket också observeras hos patienter med demenssjukdom.

Enligt Hawthorn & Redmond (2007) ska smärta inte enbart ses ur ett kroppsligt perspektiv utan även väga in sociala, andliga, psykologiska och kulturella aspekter. Det är hela människan som upplever smärta. Horgas, Elliot & Marsiske (2009) menar att smärta är förknippat med såväl psykiska som fysiska nedsatta förmågor. Försämrad alldaglig förmåga, sömnstörningar, risk för depression och ett socialt tillbakadragande är inte ovanligt



förekommande symptom vid smärta. Det är svårare att upptäcka och bedöma smärta hos patienter med en demenssjukdom i jämförelse med patienter utan kognitiv nedsättning anser Kaasalainen (2007) och det krävs en tydligare definition av smärta, som är riktad mot denna patientgrupp.

“Pain is an unpleasant subjective experience that can be communicated to others either through self-report when possible or through a set of pain-related behaviours” (Kaasalainen, 2007, s.7). Detta innebär att smärta är en subjektiv upplevelse som kan bedömas genom antingen självbedömning när de är möjligt eller genom smärtrelaterade beteenden.

## **Bedömningsinstrument vid smärta hos patienter med demenssjukdom**

Enligt Pautex et al. (2006) krävs det kunskap om smärtans lokalisation och intensitet för att kunna ge smärtbehandling till en patient. Demenssjukdomar försvårar smärtbedömningen då symptomen för sjukdomen gör att patienten får svårigheter med kommunikationen, påverkan på minnesfunktionen och omdömet (Horgas et al., 2009). Vid smärtbedömning hos patienter utan svårigheter med kommunikationen används främst instrument där patienten själv skattar sin smärta (Pautex et al., 2006). Vid smärtbedömning hos patienter som lider av demenssjukdom och kommunikationssvårigheter kan instrumentet Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) användas (Smith, 2005). Instrumentet är uppbyggt så det mäter fem olika parametrar, vilka är negativt läte, andning, kroppsspråk, ansiktsuttryck och förmågan att bli tröstad. Varje del av parametrarna betygsätts på en skala 0-2, sedan är det den totala summan som undersöks. Ett annat instrument som kan användas vid svår demenssjukdom är Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia pain scale (MORBID-2), som enligt Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren (2010) består av två delar. En del som inriktar sig på bedömning av smärta från rörelseapparaten och en del som bedömer smärta som uppkommer i exempelvis huvud, lungor eller mun. Ytterligare instrument som kan användas oavsett grad av kommunikationssvårighet och ålder är Disability distress assessment tool (DisDAT) (Regnard, Reynolds, Watson, Matthews, Gibson & Clark, 2007). Bedömningsinstrument skattar obehag. Med hjälp av DisDAT kan 77 olika beteendeförändringar upptäckas och det är förändringar mot det normala tillståndet som analyseras. Visuell analog skala (VAS) är ett instrument som tillämpas vid mätning av olika symptoms intensitet eller frekvens, med fokus på smärta (Paul-Dauphin, Guillemin, Virion & Briancon, 1999). Patienten graderar sin smärta från 0-10 längs en 10 cm lång, vertikal eller horisontell linje med hjälp av en markör. Detta verktyg används främst på patienter med kognitiv förmåga, dock förekommer det även vid smärtbedömning hos patienter med demenssjukdom, då det inte finns tillgång eller kunskap om lämpligare instrument (Van Nispen tot Pannerden, Candel, Zwakhalen, Hamers, Curfs & Berger, 2009).

## **Sjuksköterskans ansvar**

Förbindelse, förpliktelse, skuld och skyldighet är enligt Eriksson (1995) byggstenar i begreppet ansvar. Det finns förväntningar på ansvar hos människan men inga skyldigheter, utan det är skulden som skapar det. Kärnan i ansvarets ontologi är frihet, skuld och kärlek (Eriksson, 1995).

Ansvar liknas enligt Sjögren (2012) vid en osynlig överenskommelse mellan patient och sjuksköterska, som innebär att sjuksköterskan skall utföra det som anses bäst för patienten. Ansvar omfattar två dimensioner, en yttre och en inre. Det yttre ansvaret är det som ingår i sjuksköterskans yrkesutövande, lagar och författningar till skillnad mot det inre ansvaret, som är känslan av ansvar som finns när sjuksköterskan lämnar sin professionella roll och går in i sin privata. Ansvar innebär att vara lyhörd och inte skapa sig förutfattade meningar kring det patienten berättar. Detta är möjligt om sjuksköterskan åsidosätter sina egna behov och lägger fullt fokus på patienten, vilket kräver mod och personlig mognad (Sjögren, 2012).

Enligt Savikko (citerad i Wallinvirta, 2011) kan ansvar ses i vårt agerande. Att vara en ansvarig människa kan liknas en öppen bok, som är tillgänglig för alla att läsa. Innehållet i boken kan förstås, tolkas eller förändras allt eftersom läsaren får ny kunskap och insikt. Det kan ses som en livslång process till att skapa förståelse för det som redan är läst och insikten att det finns en möjlighet att inte finna den absoluta sanningen, utan det kan enbart tolkas av människan i det specifika ögonblicket. Sjuksköterskan har ett yrkesmässigt ansvar för patientens begär, behov och problem, att ställa upp på patientens villkor. Sjuksköterskan är ansvarig för sina val och handlingar. Att utföra en korrekt smärtbedömning innebär att inte kränka patientens värdighet och orsaka onödigt lidande. För att utföra det krävs ett personligt ansvar och ett forskningsansvar, som kan styrka ens handlingar. Inom demensvården krävs det ett specifikt ansvar då sjuksköterskan ständigt ställs inför valmöjligheter där det är omöjligt att tillfredsställa alla parter (Bolmsjö et al., 2006). Sjuksköterskan får agera ombud för patienter med demenssjukdom till skillnad från andra vårdssituationer där patienten är förmögen att fatta egna beslut. Så länge patienten kan vara delaktig i beslutsprocessen är det viktigt att sjuksköterskan ansvarar för att det sker. I takt med att demenssjukdomen progredierar och patientens delaktighet minskar, växer sjuksköterskans ansvar.

## **Problemformulering**

Den svenska befolkningen uppnår en allt högre ålder, vilket innebär en risk för att utveckla demenssjukdom. Sjuksköterskan kommer möta fler patienter diagnostiserade med demenssjukdom i kombination med smärtproblematik. Patienter diagnostiserade med sjukdomen har svårare för att förmedla sina känslor vilket gör att det krävs kunskap om det speciella beaktande som sjuksköterskan behöver överväga vid smärtbedömningen. Sjuksköterskan behöver utöka sin kunskap och förståelse kring faktorer som påverkar smärtbedömningen hos denna patientgrupp för att kunna ge en bättre omvårdnad i takt med att vårdansvaret ökar.

## **Syfte**

Syftet var att belysa vilken kunskap sjuksköterskan behöver vid smärtbedömning av patienter med demenssjukdom.

## Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie för att identifiera, analysera och värdera vetenskapliga artiklar samt aktuell omvårdnadsforskning inom det valda området (Friberg, 2012).

## Datainsamling

För att skapa en bild av möjliga sökord och mängden artiklar påbörjades datainsamlingen med en osystematisk litteratursökning där möjliga sökord kombinerades i fritext. När det bekräftats att det fanns tillräckligt många artiklar påbörjades den systematiska sökningen (Friberg, 2012). Utifrån syftet valdes sökorden: smärta, smärtbedömning, demens och sjuksköterska. De översattes till engelska vilket gav pain, pain measurement, pain assessment, dementia, samt nurse vilket också framgår av Bilaga A tabell 1. Endast sökord som gav artiklar redovisas. Sökorden kombinerades för att få med alla områden i den systematiska sökningen som sedan genomfördes i databaserna Cinahl, PsycINFO, Pubmed och swemed+. Sökningen i PsycINFO resulterade enbart i dubletter eller artiklar som inte stämde överens med syftet. Boolesk söklogik med termerna AND och OR användes för att förklara sambanden mellan sökorden (Friberg, 2012). Artikelsökningen påbörjades i databasen Cinahl. I den första sökningen valdes Pain measurement och dementia+ som Exact Subject Major Heading. Sökningen gav 68 träffar och 7 artiklar valdes slutligen till urval 2. I nästa sökning användes Dementia+ och pain assessment i kombination som fritext, nurse i fritext, samt pain och dementia+ som Major Headings. Denna sökning resulterade i 28 träffar och gav 2 artiklar till urval 2. Sökningen fortsatte i Pubmed där Pain measurement, Dementia och Nurses användes som MeSH-termer samt pain assessment i fritext. Denna sökning vilket gav 11 träffar där 1 artikel togs med i Urval 2. I Swemed+ användes Demens och Smärta som MeSH. Denna sökning gav 8 träffar där 2 valdes till urval 2. I Pubmed fanns inte ordet Nurse som MeSH-term utan vi hänvisades till att använda nurses istället. Nurse fanns inte som Heading i Cinahl vilket gjorde att ordet istället söktes som fritext. Inklusionskriterier var att artikeln skulle vara en research article. Exklusionskriterier i sökningen var att artiklar äldre än 13 år valdes bort. En manuell borttagning gjordes av artiklar som visade sig vara litteraturstudier. Inklusions- och exklusionskriterierna kan även ses i Bilaga B, Tabell 2. Endast de sökningar som resulterade i artiklar till urval 2 redovisas i sökhistoriken, bilaga B1.

Utöver den systematiska sökningen gjordes en manuell sökning då antalet resultatartiklar blev för litet. Artiklar kan sökas på andra vis än via databaser såsom genom referenslistor på redan lästa artiklar (Friberg, 2006). Efter bearbetning av artiklar upptäcktes nya referenser, som överensstämde med studiens syfte och därför söktes artiklarna upp manuellt. De manuella sökningarna gav 2 stycken artiklar.

Totalt gav sökningarna 117 träffar där 55 abstract lästes. Detta resulterade i 15 artiklar till urval 1. Sedan granskades artiklarna utifrån bedömningsmallen av Carlsson & Eiman (2003) vilket resulterade i 14 artiklar till urval 2 där 9 var av grad 1 och 5 av grad 2.

## Databearbetning

Artiklarna lästes individuellt för att därefter analyseras och sammanfattas utifrån publikationsår, land, databas, författare, titel, syfte, metod, urval, bortfall, etik, slutsats och vetenskaplig kvalitet. Det skapade en översikt över insamlat material, vilket även ses i tabellerna i bilaga C1 till C9 och D1 till D5. Artiklarnas resultat lästes både individuellt och

gemensamt. Resultat som ansågs relevant för studiens syfte färgkodades för att finna likheter och skillnader i artiklarna samt översattes till svenska. Därefter diskuterades dessa likheter och skillnader för att bilda grupperingar och teman. Artiklarna studerades sedan vid upprepade tillfällen för att utesluta att inget viktigt exkluderats. Resultatet bearbetades sedan till en ny helhet. De teman som framkom var: att ha kunskap om hur smärtuttryck identifieras, att ha kunskap om varje enskild patient samt att ha kunskap om demenssjukdom och sjukdomens komplexitet. De delar som återkommer i flera artiklar placerades högt upp under respektive rubrik.

## **Resultat**

Sjuksköterskor anser att målet med en korrekt smärtbedömning och smärthantering hos patienter med demenssjukdom skiljer sig från de utan kognitiv nedsättning (Gillmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). De belyser att målet vid smärtbedömning hos patienter med en demenssjukdom inte tvunget är att identifiera orsaken till smärta utan målet är istället att genom symptomlindring finna orsaken till smärtan och då även lindra denna. Vid de tillfällen då patienten har genomgått en operation utförd av sjuksköterskan sällan en smärtbedömning utan är redan inställd på att det förekommer smärta. De uttrycker att det nästan är omöjligt att finna orsaken till uppkomsten av smärta förutom i de fall då tydliga tecken på smärta förekommer (Gillmore-Bykovskiy et al., 2013). För att sjuksköterskor skall kunna identifiera smärta hos patienter med demenssjukdom är det enligt Blomqvist & Hallberg (2001) viktigt att använda flera olika sinnen och då genomföra smärtbedömningen genom att se, lyssna och anteckna. Forskningsresultatet visar att sjuksköterskor anser att det finns en brist på riktlinjer och kunskap vid smärtbedömning av patienter med demenssjukdom (Barry, Parsons, Passmore & Hughes, 2012; Kovach, Griffie, Muchka, Noonan & Weissman, 2000; Lillekroken & Slettebø, 2010; Lillekroken & Slettebø, 2013; Lundell & Svensson, 2003). Sjuksköterskor måste hjälpa varandra genom att dela erfarenheter och samarbeta. Barry et al., (2012) menar att tidsbrist inom vården är en bidragande faktor till att patienter inte får en korrekt smärtbedömning. Andra anledningar till att smärta inte togs upp berodde på känslor av maktlöshet (Blomqvist et al. 2001) samt ångest, vilket uppkommer på grund av patientgruppens svårigheter att uttrycka sin smärta verbalt (Lundell et al. 2003).

### **Att ha kunskap om hur smärtuttryck identifieras**

Beteendeförändringar är det som sjuksköterskor anser vara det vanligaste sättet att misstänka och identifiera smärta (Barry et al., 2012; Blomqvist et al., 2001; Chang, Oh, Park, Kim & Kil-, 2011; Gillmore-Bykovskiy et al., 2013; Kovach et al., 2000; Lundell et al., 2003). Smärta yttrar sig hos patienter med en demenssjukdom i nedsatt rörlighet, motorisk oro, dålig kroppshållning samt ilska och försvarsbeteende vid daglig omvårdnad. Enligt Lundell et al. (2003) kan smärta påvisas genom ytterligare symptom såsom rastlöshet, förändrat stämningsläge, undandragande beteende, ökad förvirring och aggressivitet där patienten slår, sparkas och spottar. Patientens beteende kan enligt Kovach et al. (2000) ha en djupare symbolisk mening. En patient som vandrar i korridoren kan ha för avsikt att gå ifrån sin smärta och en patient som slår andra eller sig själv kan göra det för att få smärtan att lämna den egna kroppen. Blomqvist et al. (2001); Lundell et al. (2003); Manfredi, Breuer, Meier & Libow (2003) anser att ansiktsuttryck är ett bra sätt att upptäcka smärta såsom förändringar i ögonen och mimiken. Lundell et al. (2003) förklarar ansiktsuttrycken djupare med exempel som ihopknipna ögon med stirrande och matt blick, samt att patienten biter ihop och grinar illa. Lundell et al. (2003) går djupare in på att det förekommer olika grupperingar av

smärtuttryck. Förutom ovan nämnda symptom, vilka klassificeras som fysiska, finns det även psykiska, sociala och existentiella tecken på smärta. Psykiska tecknen på smärta yttrar sig i själslig oro, hjälpsökande beteenden samt ökade sinnesuttryck för ljud, ljus och beröring. Sociala smärtsymtom uttrycks genom patientens dysfunktion i samvaro med andra såsom otålighet och ständigt plockande på uppmärksamhet, samt existentiella tecken då patienten uttryckligen frågar om sitt sammanhang i tillvaron (Lundell et al. 2003). Sjuksköterskan kan identifiera smärta hos patienter med demenssjukdom genom att vara uppmärksam på förändringar vid daglig omvårdnad såsom svårigheter vid påklädning, vilket kan tyda på smärta från muskler eller reumatisk värk (Chang et al., 2011; ; Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2009; Lillekroken et al., 2010). Patienter med demenssjukdomar har en nedsatt kommunikativ förmåga, vilket gör att uttryck för smärta inte behöver vara samma som för patienter utan kognitiv nedsättning. Istället måste sjuksköterskan vara medveten om att denna patientgrupp kan uttrycka smärta med ord som inte är normala uttryck för smärta. Patienten kan enligt Kovach et al. (2000); Lundell et al. (2003) uttrycka sin smärta verbalt genom skrik, flås, stön och upprepning av ord, vilket skapar ledtrådar som kan påvisa eventuell förekomst av smärta. Blomqvist et al. (2001) delar uppfattningen om verbala smärtuttryck, men menar att det är en tillgång som kan användas för smärtidentifiering då skrik yttras vid kontakt med smärtområdet. Misstänker sjuksköterskan att patientens smärta har sitt ursprung i en arm vidrörs denna för att få kunskap om lokaliseringen och intensiteten genom patientens reaktion. En sjuksköterska beskriver sitt tillvägagångssätt för att upptäcka och identifiera smärta med att hon började dagen genom att göra en hudinspektion där blåmärken, rodnader och andra förändringar noterades (Chang et al., 2011). Därefter letade hon efter ledsvullnad, som kunde härstamma från motorisk oro. Fanns det inga tecken på orsaker till smärta utfördes palpation. Ett annat exempel som en sjuksköterska tar upp är om smärta misstänks uppkomma från buken genomförs palpation, auskultation och genomgång av födointag och elimination för att finna om smärtan beror på fysiska eller psykiska orsaker. Sjuksköterskan administrerar även laxantia för att se om misstanken till smärtans uppkomst stämmer. Nyligen inlagda patienter upplever i stor utsträckning smärta som beror på emotionella orsaker på grund av den nya och okända miljön. Enligt Barry et al. (2012); Chang et al. (2011) drar sjuksköterskan slutsatsen att om fysiska tecken på smärta saknas är den av emotionell härkomst. Enligt Blomqvist & Hallberg (2001); Gillmore-Bykovskiy et al. (2013) är inte verbal kommunikation kring patientens smärtupplevelse aktuell i de fall då patienten lider av en demenssjukdom utan fokus ligger enbart på kroppsspråk och ansiktsuttryck.

## **Att ha kunskap om varje enskild patient**

Sjuksköterskor upplever att det krävs kunskap och kännedom om varje enskild patient för att kunna identifiera och utföra en korrekt smärtbedömning, vilket ses som en svårighet (Chang et al., 2011; Kovach et al., 2000). Det är viktigt för sjuksköterskan att känna till patientens normaltillstånd för att lättare upptäcka förändringar som skulle kunna bero på smärta (Chang et al., 2011; Husebø et al., 2009; Kovach et al., 2000; Lillekroken et al., 2010).

Sömnrubbingar, minskad matlust eller matvägran samt ovilja att röra sig är exempel på dessa förändringar. Enligt Chang et al. (2011) är familjemedlemmar ett bra hjälpmedel vid svårigheter att tolka smärta hos patienter med demenssjukdom. Första steget vid problem med smärtbedömningen hos denna patientgrupp är att försöka få kontakt med patientens familj för att undersöka om de finns någon speciell händelse som kan kopplas till patientens beteendeförändring och eventuell smärta. Ett exempel är då sjuksköterskan uteslutit fysisk smärta och med hjälp av patientens familj fått kunskap om att det var länge sedan patienten träffade sin son (Chang et al., 2011). Enligt Lillekroken et al. (2013) anser sjuksköterskor att

dygnsregistreringsscheman används för att upptäcka onormala eller avvikande beteenden som kan bero på smärta. Dygnsregistreringsscheman innebär att patientens tillstånd och beteende noteras timme för timme för att avvikelser skall gå att finna, som sedan i vissa fall kan kopplas samman med en specifik situation. Husebø et al. (2009) anser att det är lättare att upptäcka smärta ju fler smärtbedömningar som utförs. Sjuksköterskor anser att det råder en stor osäkerhet kring användningen av smärtbedömningsinstrument, vilket gör att de sällan eller aldrig används för att bedöma smärta hos patienter med demenssjukdom (Barry et al. 2012); (Lillekroken et al. 2013). För att sjuksköterskan skall använda instrument krävs kunskap om både instrumentet men och patienten för att resultatet skall vara pålitlig (Husebø, 2009). Vid tillfällen när sjuksköterskan använde bedömningsinstrument var det VAS eller Face Pain scale (FPS) de använde (Barry et al. 2012); (Lillekroken et al. 2013). Smärtbedömningsinstrumentet PAINAD gav falskt positiva resultat då instrumentet påvisade smärta vid tillfällen då patienterna inte upplevde smärta (Jordan, Hughes, Pakresi, Hepburn & O'brian, 2011, a; Jordan, Regnard, O'Brien & Hughes, 2011, b). Vid dessa tillfällen berodde det falskt positiva resultatet på att patienterna inte förstod situationen, vilket skapade oro, rädsla, ilska samt frustration och det var dessa känslor som instrumentet mätte. Andra negativa aspekter med instrumentet var att omgivningen och miljön distraherade patienterna vid smärtbedömningen samt att andras beteende smittade av sig. MORBID-2 är ett användbart instrument vid smärtbedömning hos patienter med varierande grad av demenssjukdom, dock krävs det en stor förståelse av sjuksköterskan kring både instrumentet och patienten för att resultatet skall vara pålitligt (Husebø, 2009). En ytterligare svårighet är om smärtan inte är relaterad till rörelseapparaten såsom skelett och muskler kunde instrumentet ge felaktiga resultat (Husebø, 2009).

## **Att ha kunskap om demenssjukdom och sjukdomens komplexitet**

Smärta hos patienter med demenssjukdom är både underdiagnostiserat och underbehandlat, vilket kan leda till en ökad förvirring. Sjuksköterskor anser att det kan bero på den komplexa problematiken som uppstår hos denna patientgrupp eftersom det inte bara är de problem som demenssjukdomen medför som skapar svårigheter vid smärtbedömningen utan även patienternas höga ålder samt individuella behov (Lillekroken et al., 2013). Patienter med demenssjukdom är oftast äldre vilket kan medföra att de redan lider av många sjukdomsdiagnoser vilket försvårar smärtbedömningen (Chang et al., 2011; Lillekroken et al., 2013; Martin, Williams, Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos & MacLean, 2005). Svårigheter vid smärtbedömningen kan leda till över-, under-, eller felmedicinering och kan resultera i aggressivitet och förvärrade symptom (Chang et al., 2011; Lillekroken et al., 2013; Martin et al., 2005).

Patienter med demenssjukdom får svårare att uttrycka sin smärta på grund av kommunikationssvårigheter vilket gör att smärtproblematik hos denna patientgrupp är vanligt (Chang et al., 2011; Lillekroken et al., 2013; Martin et al., 2005). Patienter med demenssjukdom har en farmakologisk behandling som kan medföra biverkningar, vilket är viktigt för sjuksköterskan att ha i åtanke vid smärtbedömning Gillmore-Bykovskiy et al. (2013); Lillekroken et al. (2010) anser att det är viktigt att ha kunskap om demenssjukdom för att kunna särskilja smärta från sjukdomen, då det förekommer tillfällen då patienten exempelvis vid självskattning säger sig uppleva smärta, vilket sjuksköterskorna ibland betvivlar. Det är alltså viktigt för sjuksköterskan att tolka om det verkligen är smärta som patienten upplever. Ovan nämnd problematik vid smärtbedömning av patienter med demenssjukdom jämförs av sjuksköterskor med en gissningslek (Kovach et al., 2000). Enligt

Barry et al., (2012) anser erfarna sjuksköterskor att den psykologiska processen vid smärta förändras vid demenssjukdom i större utsträckning än de med mindre erfarenhet.

Enligt Martin et al. (2005) är det inte ovanligt förekommande vid misslyckad smärtbedömning att patienter med smärttillstånd ordineras lugnande mediciner, vilket gör att sjuksköterskan blundar för problemet. Detta leder till förlängt och onödigt lidande. Även psykotropa läkemedel administreras felaktigt till patienter med demenssjukdom på grund av att beteendeförändringarna ses som ett psykiskt problem istället för ett symptom för att misstänka smärta (Kovach et al., 2003). Sjuksköterskan beskriver att patienter med demenssjukdom går runt med smärta dagligen och får ingen smärtbedömning. En ytterligare svårighet vid smärtbedömning hos patienter med demens som sjuksköterskan måste ha i åtanke är att patienten inte själv är medveten om att smärtan i exempelvis ett knä förvärras av den motoriska oron och då minska smärtan genom att vila (Martin et al., 2005).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Sökorden formulerades utifrån syftet att belysa vilken kunskap sjuksköterskan behöver vid smärtbedömning av patienter med demenssjukdom. Pain, pain measurement, pain assessment, nurse och dementia kan ses som ett relativt lågt antal sökord, vilket kan ses som en svaghet. Försök gjordes att minska sökområdet genom användning av termerna identify och responsibility men resultatet blev då för litet och det större perspektivet fick därför väljas. Flera av artiklarna var om instrumentutveckling. Dessa artiklar valdes bort då fokus med litteraturstudien var smärtbedömning, vilket gör att det inte är relevant att studera hur dessa instrument är uppbyggda. Beslut togs att använda artiklar publicerade efter år 2000. Försök gjordes även med begränsningar på 5 och 10 år men detta gav för lite träffar och antal år utökades därför till 13. Artikelsökningen genomfördes i Cinahl, Pubmed, PsycINFO och Swemed+ då dessa databaser innehåller artiklar inom omvårdnad och psykologi. Då sökningen i PsycINFO endast resulterade i dubletter, kan detta ses som en styrka då det antas att sökområdet täckts av. Sökningar gjordes både i Mesh samt fritext vilket ses som en styrka då kombinationen av de båda täcker upp ett större sökområde samt att termer som inte fanns som Mesh termer inte valdes bort. Den systematiska sökningen resulterade i 14 artiklar där 9 var kvalitativa och 5 var kvantitativa. Utifrån artiklarnas titel valdes abstract som lästes, vilket kan ses som en svaghet då artiklar som kunnat vara relevanta till vår litteraturstudie kan ha missats på grund av missvisande rubriker. Det ansågs att antalet artiklar ur den systematiska sökningen var något för få, beslutades det att även göra manuella sökningar för att säkerställa att inget material missades och utöka mängdens resultatartiklar. En styrka i manuella sökningar är att sökområdet utvidgas. Svagheter i manuell sökning kan vara om den systematiska sökningen varit tillräckligt väl genomförd borde de manuella artiklarna förekommit i sökningarna. Artiklar som överensstämde med syftet bedömdes och granskades enligt bedömningsmallen av Carlsson & Eiman (2003), vilket genomfördes tillsammans. Detta kan ses som en styrka då vi har olika synsätt med trots det nåddes en konsensus. Bedömningarna resulterade i 9 artiklar av Grad 1 och 5 artiklar av grad 2. De artiklar som bedömdes till grad 2 ansågs ändå ha en tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att användas i litteraturstudien.

Artiklarna är genomförda i Sverige, Norge, USA, Storbritannien, Kanada, Sydkorea och Nord Irland. Artiklarnas överförbarhet till svenska förhållande har granskats och det finns goda förutsättningar för detta. Norge deltar tillsammans med övriga Norden i ett samarbete för att gemensamt utveckla den nordiska demensvården (Blom & Eek, 2003). Även Sydkorea har ett samarbete med Sverige där kunskap och erfarenheter utbyts (Socialdepartementet, 2012). USA, Storbritannien, Nord Irland och Kanada har nationella organisationer för demenssjukvård och demens är något de arbetar aktivt med (Alzheimer Society of Canada, 2011; Alzheimer's association, 2013; Alzheimer's society, 2013). I litteraturstudien finns flertalet länder representerade, vilket förutom styrkan av ett stort upptagningsområde ger svagheter då det alltid förekommer skillnader mellan olika länders synsätt och omhändertagande av patienter med demenssjukdom.

Under arbetets gång har det från högskolans sida anordnats seminarium där studenter granskat varandras arbeten. Detta är en styrka då kritisk granskning bidrar till ett nytt synsätt och nya funderingar (Henricson, 2013).

## Resultatdiskussion

Att identifiera smärta hos patienter med en demenssjukdom har genom resultatet visats sig vara komplicerat. För att utföra en smärtbedömning krävs det att sjuksköterskan ser hela patienten och uppmärksammar beteendeförändringar, ansiktsuttryck och uppföranden, som inte hör till patientens normala (Barry et al., 2012; Blomqvist et al., 2001; Chang et al., 2011; Gillmore-Bykovskiy et al., 2013; Kovach et al., 2000; Lillekroken et al., 2013; Lundell et al., 2003). Sjuksköterskan får ständigt söka efter ledtrådar som kan påvisa smärta (Kovach et al., 2000; Lundell et al., 2003). Förekommer det synliga blåmärken, rodnader och ledsvullnad vid en hudinspektion noteras detta och påvisar att smärta kan förekomma (Chang et al., 2011). För att utföra en korrekt smärtidentifikation behöver sjuksköterskan använda alla sina sinnen, genom att lyssna, se och anteckna (Blomqvist et al. 2001). Förekommer det avvikande beteenden, vilka bör vara ett observandum, ska sjuksköterskan uppmärksamma att det kan vara ett försök till att berätta att något är fel (Karlsson, Sidenvall, Bergh & Ernsth-Bravell, 2013). Hur problemet sedan tolkas av sjuksköterskan beror på den medicinska kunskap sjuksköterskan besitter, vilken betydelse vårdmiljön har samt om det förekommer brister i omvårdanden. Sjuksköterskan ska inte enbart identifiera smärta när patienten har ett störande beteende, utan även när patienten upplevs som glad och nöjd (Skog, 2010). På detta vis är det lättare att urskilja negativa förändringar i patientens beteende som kan tyda på smärta. Troligtvis är det inte enbart smärta som är svåridentifierad utan det förekommer en mängd andra känslomässiga och psykologiska faktorer, som även de är svåra att identifierade (Weitzel et al, 2011). Allt ifrån smärta, hunger, rädsla, glädje och sorg som är underliggande beteende, vilka är viktiga att kunna tolka och förstå, för att vårda och stödja patienten på bästa tänkbara sätt. Det krävs en noggrann genomgång av patientens medicinska och sociala bakgrund för att kunna identifiera smärta.

Förändringar i patientens normaltillstånd är ett användbart tillvägagångssätt för att misstänka tillstånd där patienter med demenssjukdom upplever smärta (Chang et al. 2011; Falls et al., 2004; Husebø et al., 2009; Kovach et al. 2000; Lillekroken et al., 2010). För att sjuksköterskan skall kunna upptäcka dessa beteendeförändringar krävs det kännedom om patientens normala beteende. I alla ovan nämnda studier är författarna eniga om att beteendeförändringarna kan yttras i form av irritation, aggressivitet, våld, vandrande i korridorer och motorisk oro. Det är inte alltid som sjuksköterskorna kan sätta ord på hur de



vet att patienter upplever smärta utan många gånger är det något som de bara anser sig veta (Falls et al. 2004) och som kan jämföras med en gissningslek (Kovach et al., 2000). I jämförelser mellan sjuksköterskor och informella vårdgivare så som anhöriga hade båda grupperna en känsla av när patienterna upplevde smärta, en känsla som de ansåg berodde på närheten och kunskapen om patienterna (Falls et al. 2004). Detta gör att det kan antas att kunskap kring hur patienten normalt uppträder gör det lättare för sjuksköterskorna att identifiera avvikande beteenden och beteendemönster vid smärtupplevelser. När beteendena sedan återgick till det normala misstänkte sjuksköterskorna att smärtan försvunnit. Resultaten i ovanstående studier påpekar vikten av att sjuksköterskor innehar kunskap om både demenssjukdomen och patienterna de arbetar med för att snabbt och korrekt kunna identifiera smärta. Att identifieringen av smärta ses som en gissningslek kan vara fel ordval då sjuksköterskorna ändå säger sig ha kunskap om när patienten upplever smärta, även om det är på en instinktiv nivå. Skog (2010) menar att smärta går att förebygga och förutse. Beroende på hur väl patienten kan mobiliseras kan faktorer som trycksår och kontrakturer vara orsaken till smärtans uppkomst. Genom att ständigt söka möjliga orsaker till smärta, både som uppkommer och kan uppkomma, kan smärta förebyggas. Orsaken till denna odiagnostiserade och obehandlade smärta skulle kunna bero på tidsbrist och stress i vårddyrket. Enligt Barry et al. (2012) är det en av faktorerna bakom felaktig smärtbedömning vilket kan förändras men det kan också beror på okunskap och ouppmärksamhet hos personalen snarare än patientens egen oförmåga att kommunicera. Vi ställer oss frågande till om kontinuitet i personalstyrkan och därmed en högre kunskap om varje enskild patient bidrar till en förbättrad smärtidentifiering hos patienter med demenssjukdom. Sjuksköterskan har ett ansvar att göra det som anses vara bäst för patienten (Sjögren, 2011), och enligt Savikko (citerad i Wallinvirta, 2011) ses ansvaret i vårt agerande. I resultatet framkommer det att kunskap och kännedom om varje enskild patient krävs för att kunna identifiera smärta (Chang et al., 2011; Kovach et al., 2000). Utifrån detta kan det antas att sjuksköterskans förhållningssätt ingår i ansvaret och är en viktig faktor för att kunna genomföra en korrekt smärtbedömning. Sjuksköterskan måste visa tålmod och tolerans gentemot patienten vid aggressivitet, vara smidig och visa respekt i kontakt med patienter med demenssjukdom (Skog, 2010). Det är även viktigt att så långt det är möjligt förebygga smärta genom att arbeta med riskbedömning för fall, munvård och trycksår. Att förebygga smärta borde även vara bäst både ur ett ekonomiskt- och ett patientperspektiv.

Smärta kan förklaras genom McCafferys definition: ”Smärta är vad patienten säger att det är och att smärta existerar när patienten säger att den gör det” (Blomqvist, 2011.s.271). Denna definition innebär att smärta endast kan värderas och beskrivas av individen som befinner sig i ett tillstånd, som enligt personen själv är smärtsamt. I samband med smärta hos en patient diagnostiserad med demenssjukdom skapas en problematisk situation för sjuksköterskan då patienten på grund av sjukdomen får svårare med kommunikationen (Blomqvist, 2011; Bolmsjö et al., 2006). I takt med att sjukdomen förvärras skiljer sig sjuksköterskorna åt i synen på patienten, några anser att patienten inte längre ses som en person, då uttryck för känslor långsamt avtar medan andra sjuksköterskor ser det som en självklarhet att det är lika mycket en person bakom sjukdomen och att det endast är hjärnan som påverkas (Norberg, 1996). Hos patienter med demenssjukdom sitter de negativa känslorna kvar längre än hos de utan sjukdomen, vilket är viktigt att vara medveten om (Skog, 2010). Detta kanske gör att upplevelsen av underidentifierad och underdiagnostiserad smärta ger djupare spår hos denna patientgrupp. I så fall kan det antas att det är ännu viktigare att patienter med demenssjukdom får snabb hjälp för att undvika fortsatt lidande.

För att kunna fastställa att det förekommer smärta hos en patient med demenssjukdom krävs ett brett synfält, kunskap och fantasi. Familjemedlemmarnas kunskap tas upp som en möjlighet för att identifiera smärta (Chang, et al 2011). De närstående får många gånger ta på sig mycket ansvar i samband med att en närstående insjuknar i en demenssjukdom vilket skapar en ökad rädsla och oro inför framtiden (Aggarwal, Vass, Minardi, Ward, Garfield & Cybyk, 2003). De närstående finner det som en lättnad när deras anhörig får komma till ett tryggt boende och de kan då släppa det betungande ansvaret. De anser även att utbytet av information mellan närstående och vårdpersonalen är viktigt för att underlätta sjuksköterskans smärtbedömning och de närstående finner en fortsatt tröst i att de fortfarande kan delta i vårdandet, även om den inte längre sker i hemmet (Buffum & Haberfelde, 2007). Trots att denna metod är lämplig används den tyvärr inte allt för ofta, vilket kan ses som underligt. Det kan antas att sjuksköterskan förknippar detta med rädslan för att uppfattas som okunnig och svag i samtalet med närstående om patientens uttryckssätt. Detta i samband med att ett förtroende med de närstående ska skapas. Med rätta, seriösa och förtroendeingivande samtal där betydelsen av de närståendes kunskap lyfts fram på ett positivt sätt ökar betydelsen och självkänslan för den framtida vården av deras närstående.

Det har visat sig att bedömningsinstrument har brister och inte alltid är tillförlitliga men att de ändå bidrar till att smärtan noteras hos patienter med en demenssjukdom (Barry et al., 2012; Lillekroken et al., 2013). Det största problemet som uppmärksammats var de falskt positiva resultat som uppkom på grund av att patienterna inte förstod situationen, vilket skapade känslor som inte var förknippande med smärta (Jordan et al., 2011, a; Jordan et al., 2011, b). Sjuksköterskor som arbetar där det förekommer patienter med demenssjukdom har visat sig skeptiska till bedömningsverktygen som funnits till buds, vilket minskar nyttjandegraden av instrumenten (Barry et al. 2012). Själva säger de att en av anledningarna är kunskapsbrist i utvärderingarna av bedömningsinstrumenten. Men även en rent negativ inställning till bedömningsinstrumenten kan också minska användningen. Om det nu är så illa att sjuksköterskan redan före smärtbedömningen genomförts har bestämt sig för att vara skeptisk till bedömningsinstrumentet och då avstår från att bruka det, kan vi fråga oss om sjuksköterskan tar ansvar för smärtbedömningen på ett annat sätt?

Patienter som lider av en demenssjukdom är redan diagnostiserade och behandlas för denna sjukdom (Lillekroken et al. 2010). Det kan vara orsaken till att patientens eventuella smärta hamnar i skymundan (Gillmore-Bykovskiy et al., 2013; Lillekroken et al., 2010). Det har visat sig att patienter som lider av en demenssjukdom visar sin smärta med liknande uttryck, som även är typiska symptom för en demenssjukdom. Symptom såsom beteendeförändringar, nedsatt alldaglig förmåga och företagsamhet samt känselbortfall som obehag, rädsla och förvirring (Abrahamsson, 2003). Sjuksköterskan menar att det krävs viktig kunskap för att urskilja smärtan från demenssjukdomen (Lillekroken et al. 2010). Det kan möjligtvis förekomma tillfällen där demenssjukdomen skymmer smärta, då fokus ligger på att demenssjukdomen är grundorsaken och ingen vidare smärtutredning görs. Det finns en risk att smärtproblemet förblir oupptäckt.

Sjuksköterskan har alltid det yttersta omvårdnadsansvaret inom vården (Spjuth, Lundell & Bergh, 2006). För att inte kränka patientens värdighet krävs det att sjuksköterskan utför en korrekt smärtbedömning (Savikko (Citerad i Wallinvirta, 2011)). Ett personligt ansvar och ett forskningsansvar är komponenter som sjuksköterskan måste besitta. Inom demensvården blir detta ansvar extra viktigt då det kommer upp i en ny nivå då sjuksköterskan får agera ombud för sina patienter och då även ansvara för att rätt information framkommer (Bolmsjö et al., 2006). Barry et al. (2012); Kovach et al. (2000); Lillekroken et al. (2010); Lillekroken et al.

(2013); Lundell et al. (2003) påpekar dock att sjuksköterskor har en kunskapsbrist och saknar riktlinjer. Det krävs att ständigt fatta kliniska beslut om smärta, vilka inte är de lättaste att ta, i synnerhet om patienten lider av en demenssjukdom (Karlsson et al., 2013). Det krävs en djupare förståelse, ett skyddande och stödjande förhållningssätt till vården av patienter med demenssjukdom. Bra vård kan förklaras som förebyggande, skyddande och stöttande för de som är mest utsatta, det blir till uppgift att axla detta ansvar då vårdpersonalen blir patientens röst utåt. Bristen på riktlinjer vid smärtbedömning hos patienter med demenssjukdom är en faktor som återkommer i artiklarna (Barry et al., 2012; Lillekroken et al., 2010). I Sverige har socialstyrelsen tagit fram Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, vilket gör att man kan anta att det finns skillnader mellan länder (Socialstyrelsen, 2010). Vid omvårdnad av denna patientgrupp föreslås det ett teamarbete, där sjuksköterskan ingår tillsammans med andra professioner. Vi ställer oss frågande till vad sjuksköterskans ansvar är i detta teamarbete. I flera kommuner, landsting och regioner finns en speciell demenssjuksköterska, men vad har den grundutbildade sjuksköterskan för ansvar i kontakten med patienter med demenssjukdom?

Det har visat sig att erfarna sjuksköterskor anser att den psykologiska processen vid smärta förändras om patienten lider av en demenssjukdom (Barry et al., 2012). Enligt Hægerstam, (2007) har det tidigare ansetts att smärtupplevelse mellan Alzheimers sjukdom och annan demenssjukdom inte skulle vara den samma. Senare forskning visar dock att inte finns några sådana bevis. I en studie av Horgas et al. (2009) framkom de också att det inte finns något som tyder på att patienter med en demenssjukdom skulle uppleva mindre smärta än de patienter som inte lider av en demenssjukdom. Här kan det urskiljas att det förekommer delade meningar om hur vida patienter med demenssjukdom har en avvikande smärtupplevelse. Orsaken till detta kan möjligen vara kunskapsbrist angående den senaste forskningen. Sjuksköterskorna har möjligtvis fortsatt i samma banor utan att reflektera och tillgodogöra sig ny forskning. Eller är det möjligtvis så att det finns belägg för deras tankar och åsikter som härstammar från händelser i det praktiska arbetet.

## **Konklusion**

Sjuksköterskor anser att patienter som lider av en demenssjukdom främst visar sin smärta genom beteendeförändringar, ansiktsuttryck och verbal kommunikation. Det krävs att sjuksköterskan har kunskap om patientens normaltillstånd för att kunna upptäcka dessa beteendeförändringar. Även om smärtbedömningsinstrument finns att tillgå råder det stor osäkerhet kring hur de skall användas och om resultatet är pålitligt. Vanligare är då att sjuksköterskan använder sig av dygnsregistreringsscheman eller tar hjälp av patientens närstående. Svårigheter att identifiera smärta hos denna patientgrupp leder till över-, under- och felmedicinering och kan ibland leda till att sjuksköterskan blundar för problemet genom att administrera sedativa läkemedel. Sjuksköterskan anser att det både är patientens ålder och demenssjukdom, som försvårar smärtbedömningen. Här krävs att sjuksköterskan har hög kunskaps nivå om demenssjukdomar för att kunna urskilja smärtan. Svårigheterna vid smärtidentifiering hos patienter med demenssjukdom skapar en känsla av maktlöshet och ångest hos sjuksköterskan.

## **Implikation**

Det är viktigt för sjuksköterskor att vara förberedda på det växande antalet patienter med demenssjukdom i kombination med smärtproblematik, vilket kommer kräva ökad utbildning och medvetenhet av sjuksköterskorna. Det är viktigt att grundutbildningen till sjuksköterskor innefattar smärtbedömning vid demenssjukdom för ett kliniskt användande. Gällande forskning önskas det studier om smärta hos denna patientgrupp där hänsyn till kön tas och eventuella skillnader analyseras. Det är även viktigt att sjuksköterskor i den kliniska verksamheten genomför en noggrann dokumentation av smärta, symptom på smärta och smärtbedömning för att material till vidare forskning skall finnas tillgängligt.

## Referenser

Om referenser ingår i resultatet markeras detta med \* innan referensen

Abrahamsson, B-L. (2003). *Demens – Omsorg och Omvårdnad*. Bonnier: Stockholm

Aggarwal, N., Vass, A A., Minardi, H A., Ward, R., Garfield, C., & Cybyk, B. (2003). People with dementia and their relatives: personal experiences of alzheimer's and of the provision of care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 10(2), 187-197.

Almberg, B., & Jansson, W. (2003). *Fånga stunden*. Liber, Stockholm.

Alzheimer's association. (2013). *Strategic plan*. Hämtad 2013-12-10 från:  
[http://www.alz.org/about\\_us\\_strategic\\_plan.asp](http://www.alz.org/about_us_strategic_plan.asp)

Alzheimers society. (2013). *National dementia strategies*. Hämtad 2013-12-10 från:  
<http://www.alzheimers.org.uk/ndstrategies>

Alzheimer Society of Canada. (2011). *Values & guiding principles*. Hämtad 2013-12-10 från:  
<http://www.alzheimer.ca/en/About-us/Values-and-guiding-principles>

Baillie, L., Merritt, J., & Cox, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital part two: strategies. *Nursing older people*, 24(9), 22-29.

\* Barry, H E., Parsons, C., Passmore, A P., & Hughes, C M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 27(12), 1258-1266.  
doi: 10.1002/gps.3770

Blom, M G., & Eek, A. (2003). *Demensomsorg i Norden*. Hämtad 2013-12-10 från:  
<http://www.nordiskdemens.org/prosjektplan.htm>

Blomqvist, K. (2011). Att känna igen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom. I A-K. Edberg (red.), *Att möta personer med demens* (s. 271-285). Lund, Studentlitteratur.

\* Blomqvist, K., & Hallberg, I R. (2001). Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International journal of nursing studies*. 38, 305-318.

Bolmsjö, I Å., Edberg, A-K., & Sandman, L. (2006). Everyday ethical problems in dementia care: A teleological model. *Nursing Ethics*, 13(4), 340-359.  
doi: 10.1191/0969733006ne890oa

Buffum, M D., & Haberfelde, M. (2007). Moving to new settings: Pilot study of families' perception of professional caregivers' pain management in persons with dementia. *Journal of rehabilitation research & development*. 44(2), 295-303.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för Undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". Malmö: Malmö högskola. Hämtad 2013-10-28, från [http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf)

\* Chang, S O., Oh, Y., Park, E Y., Kim, G M., & Kil, S Y. (2011). Concept analysis of nurses' identification of pain in demented patients in a nursing home: development of a hybrid model. *Pain management nursing*, 12(2), 61-69.  
doi: 10.1016/j.pmn.2010.05.007

Epperson, M D., & Bonnel, W. (2004). Pain assessment in dementia: tools and strategies. *Clinical excellence for nurse practitioners*, 8(4), 166-171.

Eriksson, K. (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Rapporter från Institutionen för vetenskap, no. 5. Vasa: Åbo Akademi

Falls, D., Stevens, J. Andersen, M., Colin, S., Dodd, N., Fitzgerald, E., ... Wilson, V. (2004). Carers' perceptions of pain in people with dementia: A grounded theory approach. *The Australian journal of holistic nursing*. 11(2), 2-11.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

\* Gilmore-Bykovskiy, A L., & Bowers, B J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in gerontological nursing*, 6(2). 127-138.  
doi: 10.3928/19404921-20130110-02

Hawthorn, J., & Redmond, K. (2007). *Smärta: bedömning och behandling*. Malmö: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2013). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 471-479). Lund, Studentlitteratur.

Horgas, A L., Elliot, A F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-reported and behavioral observation. *Journal of American geriatrics society*, 57(1), 126-132.  
doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x

\* Husebø, B S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for den norske legeforening*. no. 19. 1996-1998.

\* Husebø, B S., Strand, L I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S B., & Ljunggren, A E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID pain scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1). 180-189.  
doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x

Husebø, B S., Strand, L I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S B., & Ljunggren, A E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) pain scale in a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(2), 380-391.  
doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x

Hægerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Studentlitteratur: Lund

\* Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., & O'Brien, J. (2011, a). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(2), 118-126.  
doi: 10.1002/gps.2489

\* Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J T., & Hughes, J C. (2011, b). Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job. *Palliative medicine*. 26(7), 873-878.  
doi: 10.1177/0269216311412227

Kaasalainen, S. (2007). Pain assessment in older with dementia: Using behavioural observational methods in clinical practice. *Journal of Gerontological*, 33(6), 6-10.

Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of clinical nursing*. 22(13/14), 1880-1889.  
doi: 10.1111/jocn.12197

\* Kovach, C R., Griffie, J., Munchka, S., Noonan, P E., & Weissman, D E. (2000). Nurses' perception of pain assessment and treatment in the cognitive impaired elderly: It's not a guessing game. *Clinical nurse specialist*, 14(5), 215-220.

Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., & Lautenbacher, S. (2008). Influence of dementia on multiple components of pain. *European journal of pain*, 13(3), 317-325.  
doi: 10.1016/j.ejpain.2008.05.001

\* Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2010). Pain in older patients with dementia – assessment and interpretation. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(4), 3-14.

\* Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Pain assessment and pain management in patient with dementia: challenges and dilemmas. *Vård i norden*, 33(3), 29-33.

Lin, P-C., Lin, L-C., Shyu, Y-I L., & Hua, M-S. (2011). Predictors of pain in nursing home residents with dementia. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 1849-1857.  
doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03695.x

Linton, S J. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Studentlitteratur: Lund

\* Lundell, S., & Svensson, K. (2003). How to interpret pain of demens sick persons. *Vård i norden*, 23(68), 43-45.

- \* Manfredi, P L., Breuer, B., Meier, D E., & Libow, L. (2003). Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of pain and symptom management*, 25(1), 48-52.
- \* Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, H D., & MacLean, M. (2005). A qualitative investigation of seniors' and caregivers' view on pain assessment and management. *Canadian journal of nursing research*, 37(2), 143-164.
- McCullars Varner, J. (2012). Managing communications and behavioral challenges in dementia. *Alabama Nurse*, 39(1), 5-8.
- Norberg, A. (1996). Caring for demented patients. *Acta neurologica scandinavica*, 94(165), 105-108.
- Paul-Dauphin, A., Guillemin, F., Virion, J-M., & Briancon, S. (1999). Bias and precision in visual analogue scales: A randomized controlled trial. *American journal of epidemiology*, 150(10), 1117-1127.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., ... Michel, J-P. (2006). Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *Journal of American geriatrics society*, 54(7), 1040-1045.  
doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00766.x
- Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L., & Clark, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the disability distress assessment tool. *Journal of intellectual disability research*. 51(4), 277-292.
- Ring, K. (2013). *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom*. Gleerups: Malmö.
- Sjögren, R. (2012). Ansvar. L, Wiklund Gustin., & I I, Bergbom. (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 350-360). Lund: Studentlitteratur.
- Skog, M. (2010). *Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom*. Hämtad 2013-11-21 från:  
[http://www.produktionssamordning.se/Global/Vardsamordning/Dokument/Publikationer/Ovriga/Demenshandbok\\_webbversion.pdf](http://www.produktionssamordning.se/Global/Vardsamordning/Dokument/Publikationer/Ovriga/Demenshandbok_webbversion.pdf)
- Smith, M. (2005). Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia. *Perspectives in psychiatric care*. 41(3), 99-113.
- Socialdepartementet. (2012). *Statsbesök i Sydkorea – med fokus på demens*. Hämtad 2013-12-10 från:  
<http://www.de-mest-sjuka-aldre.se/aldrevard/statsbesok-i-sydkorea-med-fokus-pa-demens/>
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer får vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Hämtad 2013-10-17 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>



Socialstyrelsen. (2012). *Effekter av stöd till anhöriga som vårdar äldre med demenssjukdom eller sköra äldre*. Hämtad 2013-10-10 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18917/2012-12-17.pdf>

Spjuth, B., Lundell, S., & Bergh, I. (2006). *Smärta och obehag hos demenssjuka*. Hämtad 2013-12-10 från:  
[http://www.demenscentrum.se/Documents/FoU\\_pdf/06\\_FoUVast\\_smarta.pdf](http://www.demenscentrum.se/Documents/FoU_pdf/06_FoUVast_smarta.pdf)

Van Nispen tot Pannerden, S C., Candel, M J J M., Zwakhalen, S M G., Hamers, J P H., Curfs, L M G., & Berger, M P F. (2009). An item response theory-based assessment of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *The journal of pain*. 10(8), 844-853.  
doi: 10.1016/j.jpain.2009.02.007

Wallinvirta, E. (2011). *Ansvar som klangbotten I vårdandets meningssammanhang*. Åbo akademiska förlag: Åbo

Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M R., Berry, T A., Holmes, J M., Mercer, S., ... Kirkbride, G L. (2011). The special needs of the hospitalized patient with dementia. *Medsurg nursing*. 20(1), 13-19.

## Bilaga A

**Tabell 1. Sökordsöversikt**

<b>Sökord</b>	<b>PubMed MeSH-term</b>	<b>Cinahl Subject heading list</b>	<b>Swemed+ MeSH-term</b>
Smärtbedömning	Pain mesurement	Pain measurement	
Smärtbedömning	Pain assessment (fritext)	Pain assessment (fritext)	
Smärta		Pain	Smärta
Demens	Dementia	Dementia	Demens
Sjuksköterska	Nurses	Nurs* (fritext)	

## Bilaga B

**Tabell 2. Sökhistorik**

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
131222	Cinahl	(MM "Pain measurement") AND (MM "dementia+") 2000- Research article	68	26	8	7
131222	Cinahl	((dementia AND pain assessment) AND ((MH "Dementia+") AND (MH "pain")))) AND (MW (nurs*)) 2000- Research article	28	15	2	2
131222	Manuell Sökning	Gilmore-Bykovskiy, A L., & Bowers, B J. Understanding Nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia	1	1	1	1
131222	Manuell sökning	Blomqvist, K., & Hallberg, I R Recognizing pain in older adults living in sheltered accommodations: the views of nurses and older adults	1	1	1	1
131222	Pubmed	((("Pain Measurement"[Mesh] OR pain assessment) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) 2000- Peer reviewed	11	7	1	1
131222	Swemed +	exp:"demens" AND exp:"smärta" AND year:[2000 TO 2013] Peer reviewed	8	5	2	2
		TOTALT:	117	55	15	14

# Bilaga C1

**Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod. Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000 Sverige Manuell	Blomqvist, K., & Hallberg, I R	Recognising pain in older adults living in sheltered accommodations: the views of nurses and older adults	Syftet var att belysa sjuksköterskor och äldre vuxnas åsikter om hur man känner igen förekösten av smärta hos äldre personer i särskilda boenden. Syftet var också att jämföra smärtbedömningen av sjuksköterskor med bedömningen av äldre vuxna samt jämföra sjuksköterskans bedömning av smärta hos patienter med och utan kognitiv nedsättning.	Metod: Studien genomfördes genom både kvalitativ och kvantitativ metod, mixed method. Den genomfördes i södra Sverige på 2 vårdhem för patienter med demens, ett gruppboende för patienter med demens, två vanliga vårdhem, ett boende med servicelägenheter samt en geriatrisk rehabiliteringsavdelning. 280 boende svarade på kriterierna. Studien genomfördes genom intervjuer där semi-strukturerade öppna frågor ställdes. De två olika urvalsgrupperna var då åtskilda. Det kvalitativa intervjumaterialet analyserades med hjälp av icke-parametrisk statistik.  Urval: 66 boende och 59 kontaktsjuksköterskor Inklusionskriterier: Över 65 år, boende på anläggningen i minst en månad Exklusionskriterier: sagnades	En majoritet av de boende hade daglig smärta. Smärta identifierades genom tre olika sätt: att se, att lyssna och att anteckna. I vissa fall är det tydligt att smärtan är kopplat till en specifik situation, ofta vid kroppskontakt.	Grad 1
				Bortfall: 22 % av de äldre. Etiskt godkänd.		

## Bilaga C2

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Syd Korea Cinahl	Chang, S O., Oh, Y., Park, E Y., Kim G M., & Kil, S Y.	Concept analysis of nurses' identification of pain in demented patients in a nursing home: Development of a hybrid model.	Syftet var att beskriva och tydliggöra hur sjuksköterskan utför en smärtbedömning hos patienter diagnostiserade med en demenssjukdom.	Metod: En kvalitativ studie som var uppdelad i tre konceptfaser. En litteraturgenomgång, en fältundersökning och en analysfas. Dessa faser studerades med hjälp av en hybrid modell, som var orienterad mot utveckling av koncept genom undersökning av fenomen som inträffade under intervjuerna och observationerna.  Urval: 13 sjuksköterskor blev intervjuade, som arbetade på 3 olika vårdhem. Sjuksköterskorna blev intervjuade vid 3 tillfällen. Öppna frågor ställdes till sjuksköterskans om smärtidentifikation hos patienter med en demenssjukdom.  Bortfall: Ej redovisat.  Etiskt godkänd.	Det dominerande sättet för att identifiera smärta hos patienter med en demenssjukdom var att det kunde urskiljas i patienternas beteende. Det kan vara allt från sömnsvårigheter, minskad matlust eller ovilja att röra sig.	Grad 2

## Bilaga C3

<b>Publika -tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vetenskaplig kvalitet</b>
2013 USA Manuell	Gilmore- Bykovskyy, A L., & Bowers, B J.	Understanding Nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia	Syftet var att undersöka sjuksköterskans beslutsprocess angående smärtlindring hos boende på ett vårdhem med en demenssjukdom.	Metod: En kvalitativ studie genomfördes med användning av en Grounded dimensional analys. 15 intervjuer genomfördes, spelades in och antecknades. Öppna frågor ställdes om hur bra sjuksköterskan kunde utföra en korrekt smärtbedömning hos patienterna och vilka beslut de tar om hur smärtlindring skulle utföras.  Urval: 13 sjuksköterskor med erfarenhet av patienter med demenssjukdom.  Bortfall: Ej redovisat.  Etisk godkänd.	Sjuksköterskor har inte samma mål när de kommer till smärtbedömning hos patienter med demenssjukdom jämfört med patienter utan kognitiv nedsättning. Genom att studera beteendeförändringar upptäcker man smärta hos patienterna då verbal kommunikation inte är användbart.	Grad 2

## Bilaga C4

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 UK Cinahl	Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J T., & Hughes, J C	Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job.	Syftet var att utvärdera verktyg för bedömning av smärta och oro bland invånare i UK med svår demenssjukdom.	Metod: Kvalitativ metod där beteende observerades och analyserades med statistiska analyser. Deltagarna i studien var diagnostiserade med en demenssjukdom. Exklusionskriterier saknades. Deltagarna observerades vid 3 tillfällen å 5min. Vid dessa tillfällen användes antingen DisDAT eller PAINAD.  Urval: 79 patienter med olika former av demens.  Bortfall: 40 %.  Etiskt godkänd.	Svårigheter att lita på bedömningsinstrumentet PAINAD. Det finns tillfällen där det visar ett falskt positiv resultat på grund av patienten inte förstår situationen och att miljön skapar oro.	Grad 2

## Bilaga C5

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000 USA Cinahl	Kovach, C R., Griffie, J., Muchka, S., Noonan, P E., & Weissman, D E.	Nurses' perception of pain assessment and treatment in the cognitive impaired elderly: It's not at guessing game	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors uppfattning om bedömning och behandling av smärta hos patienter med svår demenssjukdom	Metod: 12 semistrukturerade intervjuer gjordes på sjuksköterskornas arbetsplats och dessa varade i 30-60 minuter. Intervjuerna spelades in och sjuksköterskorna fick berätta om sina erfarenheter. Analyseringen av materialet genomfördes genom att göra en rad olika analyseringar av de transkriberade intervjuerna. Triangulering utfördes.  Urval: Fem sjuksköterskor valdes från sex icke vinstdrivande långtidsboende. Sjuksköterskorna skulle ha kunskap och erfarenhet av smärtbedömning samt smärtlindring av patienter med demens.  Bortfall: Ej redovisat.  Etik nämns ej	Utbildning kring smärtbedömning vid demenssjukdom ges ej i utbildningen. Processen beskrivs som en gissning. Ledtrådar till eventuell smärta finns kvar när den kommunikativa förmågan försvinner men för att kunna se dessa måste sjuksköterskan känna patienten. Tecken på smärta: beteendeförändringar, grimaser, motorisk oro, minskad aptit och stridsberedskap.	Grad 1



## Bilaga C6

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Norge Cinahl	Lillekroken, D., & Slettebø, Å	Pain in older patients with dementia – assessment and interpretation	Syftet var att beskriva sjuusköterskans upplevelse kring smärbedömning hos äldre med demenssjukdom och kommunikationsned sättningar	Metod: Kvalitativ metod. Datainsamling genomfördes genom konceptanalys i fyra steg. Intervjuer i fokusgrupper med legitimerade sjuusköterskor anställda inom äldre och demensvård. De fick fritt diskutera kring ställda frågor i intervjuer som varade i 1 timme och spelades in.  Urval: 18 sjuusköterskor valdes.  Bortfall: Inget bortfall.  Etiskt godkänd.	Finna patientens smärtsignatur genom observation och tolkning av förändringar. Är det smärta patienten upplever? Förändringar kan vara smärta, lära känna patientens normaltillstånd. Svårt att skilja på smärtuttryck och demenssjukdom.	Grad 1

## Bilaga C7

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2013 Norge Cinahl	Lillekroken, L., & Slettebø, Å	Pain assessment and pain management in patient with dementia: challenges and dilemmas	Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av smärtbedömning och smärtlindring av patienter med demenssjukdom.	Metod: Kvalitativ utforskande studie där material samlades in genom fokusgruppsintervjuer samt seminariestrukturerade intervjuer. Frågor ställdes kring sjuksköterskornas upplevelser kring smärtbedömning, smärtlindring samt utvärdering av smärtlindring.  Urval: Tre grupper av sjuksköterskor som arbetade på geriatrisk avdelning på sjukhus eller avdelning för patienter med demenssjukdom på äldreboende. Ingen av sjuksköterskorna var vidareutbildade inom äldre-eller demensvård.	Sällan användes smärtbedömningsinstrument. Beroende på grad av demens kunde eventuellt VAS och FPS fungera. Dygsregistrering över patienter på vårdboende för att kunna följa mönster som eventuellt skulle kunna bero på smärta. Riktlinjer saknas.	Grad 1
				Bortfall: Inget bortfall.  Etiskt godkänd.		

# Bilaga C8

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 Sverige Swemed +	Lundell, S., & Svensson, K	How to interpret pain of demens sick persons	Syftet med studien var att genom vårdpersonalens tolkning av tecken på smärta utforma ett enkelt instrument som kan användas som hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt kunna tolka tecken och signaler som kan vara uttryck för smärta hos den demente vårdtagaren.	Metod: Studien genomfördes på 10 gruppboenden och 20 på sjukhemsboenden genom halvstrukturerade intervjuer som skrevs ner ordagrant för att sedan behandlas kvalitativt. Under bearbetningen framkom 4 teman.  Urval: 8 sjuksköterskor, 18 undersköterskor och 4 anhöriga. Inklusionskriterier: formell utbildning, minst 2 års yrkeserfarenhet och ett intresse och vilja att ställa upp. Exklusionskriterier: saknades	4 olika typer av tecken på smärta framkom i studien: Fysiska, Psykiska, Sociala och Andliga. De sociala smärtecken bestod av störningar i kontakt med omgivningen och de andliga bestod av frågeställningar som ”vad gör jag här?” Överlag saknades de kunskap hos sjuksköterskorna om smärta hos demenssjuka patienter. Skapar ångest att arbeta med denna patientgrupp. Behov av handledning!	Grad 1
				Bortfall: Inget bortfall  Etik nämns ej.		

## Bilaga C9

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 Kanada Cinahl	Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, H D., & MacLean, M	A qualitative investigation of senior's and caregivers' view on pain assessment and management	Syftet var att samla information kring smärtbedömning och smärtbehandling av äldre. Frågeställning kring specifika problem hos äldre med demenssjukdom.	Metod: Kvalitativ studie där datainsamling genomförts via gruppdiskussioner där största delen av frågorna var samma i de olika grupperna. Materialet analyserades genom att identifiera de centrala i intervjuerna med hjälp av ett dataprogram.  Urval: Nio deltagares uppfattningar kring smärtbedömning och smärtbehandling samt fokusgrupp diskussion i 6 grupper. Grupperna bestod av äldre, inofficiella vårdtagare, professionella vårdgivare.  Bortfall: Ej redovisat.  Etiskt godkänd.	Ökad risk för underdiagnostiserad smärta hos patienter med demenssjukdom och en ökad risk för förvärrade smärttillstånd samt aggressivt beteende.	Grad 2

# Bilaga D1

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publika -tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vetenskaplig kvalitet</b>
2012 Nord Irland PubMed	Barry, H E., Parsons, C., Passmore, A P., & Hughes, C H.	An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia.	Syftet var att undersöka kunskap, övertygelse och attityder som vårdhemmen har när det gäller smärtbedömning och smärthantering hos patienter med demenssjukdom och hur dessa påverkas av de demografiska egenskaperna	Metod: En kvantitativ studie genomfördes. Ett frågeformulär uppdelat på 6 områden skickades ut vid två tillfällen till 244 vårdhem.  Urval: Deltagarna var erfarna sjuksköterskor.  Bortfall: 60 %.  Etisk godkänd.	Hinder för korrekt smärtbedömning: Felaktig självskattning av smärta från boenden, kunskapsbrist hos vårdpersonalen om smärthantering samt avsaknad av riktlinjer för att behandla smärta.	Grad 1

## Bilaga D2

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Norge Swemed +	Husebø, B S	Smerteevaluering ved demens	Syftet var att beskriva utvecklingen och testa ett nytt smärtbedömning sinstrument för smärta hos patienter med en demenssjukdom.	Metod: En kvantitativ metod användes. Genom att observera smärta hos patienter med en demenssjukdom genom inspelning av morgonrutinerna och undersöktes kliniskt. Intervjuerna genomfördes i fokusgrupper utifrån halvstrukturerade intervjuer utifrån tre teman: smärtbedömning, smärtlindring och utvärdering av smärtlindring.  Urval: 284 vårdhemspatienter med olika grad av demenssjukdom.  Bortfall: Ej redovisat.  Etik nämns ej.	MORBID-2 är ett användbart instrument vid smärtbedömning hos patienter med varierande grad av demenssjukdom. Det förekommer dock svårigheter då smärtan inte var relaterad till skelett och muskler kunde instrumentet ge felaktiga resultat.	Grad 1

## Bilaga D3

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Norge Cinahl	Husebø, B S., Strand, L I., Moe- Nilssen, R., Husebø, S B., & Ljunggren, A E.	Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID pain scale by video uptake.	Syftet var att undersöka tillförlitligheten i smärtnömningsin- strumentet MOBID, hos patienter med en demenssjukdom.	Metod: En kvantitativ studie utfördes på en anläggning med 16 enheter och 8-12 patienter. Information samlades genom filminspelning där patienterna skulle utföra enkla övningar av olika kroppsdelar. Smärtindikationer noterades för varje rörelse. Ansiktsuttryck var det som observerades grundligast. Jämfördes sedan med den totala poängen på MOBID.  Urval: Studien genomfördes i norska Bergen på en ej vinstdrivande vårdinrättning. Inklusionskriterier: över 65 år, svår demens, familj eller advokat som regelbundet var på besök, långtidsboende Exklusionskriterier: delirium, psykos, korttidsboende och palliativ vård.	Det var tydligare att observera smärta hos patienterna när de rörde på armar och ben i jämförelse med när de satt på sängkanten. Ansiktsuttrycken var det som observerades mest och även där var smärtan lättast att urskilja.	Grad 1
				Borfall: Ej redovisat.  Etiskt godkänd.		

## Bilaga D4

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 England Cinahl	Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., & O'Brien, J T.	The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia.	Syftet var att undersöka tillförlitligheten i smärtbedömningen, och smärtintensiteten, och smärtbedömningsinstrument et MOBID, hos patienter med en demenssjukdom.	Metod: En kvantitativ studie där patienter med svår demenssjukdom blev smärtbedömda av instrumentet MOBID och observerade vid tre tillfällen. Materialiet analyserades med hjälp av SPSS-14. Urval: 79 patienter med en svår demenssjukdom Bortfall: 40 %. Etiskt godkänd.	Sjuksköterskan finner det svårt att lita på bedömningsinstrumentet, då det visar sig att det finns tillfällen där det visar ett falskt positiv resultat. Då patienterna inte förstår situationen blir de oroliga, rädda, frustrerade eller arga.	Grad 1



## Bilaga D5

Publika -tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 USA Cinahl	Manfredi, P L., Breuer, B., Meier, D E., & Libow, L.	Pain assessment in elderly patients with severe dementia	Syftet var att bedöma tillförlitligheten och giltigheten av ansiktsuttrycken, som smärtuttryck hos patienter med en demenssjukdom	Metod: En kvantitativ studie där ett standardiserat frågeformulär användes när de första intervjuerna genomfördes med patienter som kunde rapportera smärta under påklädning. Sedan undersöktes 9 patienter, som hade en demenssjukdom och inte kunde rapportera verbalt om de hade ont. Deras ansiktsuttryck filmades före och under påklädningen. Dessa filmer granskades sedan av sjuksköterskor och läkare  Urval: 10 sjuksköterskor och 8 patienter i första fasen samt 9 patienter i studiens andra fas  Bortfall: Ej redovisat.  Etiskt godkänd.	Att observera ansiktsuttrycken hos patienter med en demenssjukdom är ett säkert sätt för att identifiera smärta.	Grad 2

Viktoria Persson

Ellen Alexandersson



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)